Nr. 42. 18 października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI, st. asystent klin. Wilno.

Zasadnicze i pomocnicze metody leczenia moczówki cukrowej z badaniami nad działaniem wyskoku *).

Z II. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Stefana Batorego. Dyrektor: Prof. Dr. Januszkiewicz.

Dzięki Makleod'owi i jego współpracownikom sprawa leczenia cukrzycy uczyniła wielki krok naprzód. O znaczeniu insuliny w zwalczaniu cukrzycy wypowiedzieli się wszyscy niemal wybitniejsi klinicyści, bądź to w poszczególnych pracach, bądź też na zebraniach i zjazdach. Wspomnę tylko o zjeździe internistów niemieckich w roku ub. w Kissingen, na którym jednym z głównych tematów była właśnie sprawa leczenia cukrzycy insuliną. Dzisiaj środek ten ma wyraźnie zakreślone granice praktycznego zastosowania; mówię »granice«, bo pomimo swego potężnego działania, pozostaje on nadal środkiem pomocniczym, jakkolwiek niezmiernie cennym, bo ratującym życie ludzkie właśnie w tym momencie, kiedy inne zabiegi i środki okazują się bezsilne.

Mam na myśli przedewszystkiem śpiączkę cukrzycową. Według słów Minkowskiego, jeżeli były przypadki, że chorzy w stanie śpiączki, pomimo stosowania insuliny, ginęli, to działo się to z innego powodu. Bezwzględnem wskazaniem do leczenia insulinowego są prócz tego ciężkie przypadki cukrzycy z objawami kwasicy, znaczne wychudzenie i wyniszczenie chorego, oraz przypadki z powikłaniami lub z potrzebą wykonania zabiegu chirurgicznego. Na niekorzyść insuliny przemawia jej działanie czysto paljatywne. Nabieramy tego przekonania, sądząc z piśmiennictwa, oraz z własnego z górą rocznego doświadczenia w stosowaniu tego środka.

Szerokiemu stosowaniu insuliny stają na przeszkodzie trudności, które z niem się łączą. Chodzi mianowicie o dobór przypadków, nadających się do leczenia, odpowiednie dawkowanie, sposób zastosowania, kontrolę krwi i moczu i ustalenie diety. Do tego dołączają się trudności charakteru technicznego w postaci ciągłych wstrzykiwań. Stąd powstały próby podawania insuliny innemi drogami, co jednak dotąd ma mało praktycznego znaczenia ze względu na trudności dawkowania i konieczność stosowania większych ilości.

Podjęte również zostały próby wprowadzania pozajelitowo obcego białka (Singer, Falta, Högler). Wstrzykiwano, między innemi mleko. Singer stosował *caseosan*. Wyniki otrzymywano w niektórych przypadkach zachęcające. Nasze spostrzeżenia pod tym względem ograniczają się tylko do 4-ch przypadków. Trzy z nich przedstawiały ciężką postać cukrzycy ze znaczną acetonurją, przypadek 4-ty bez objawów kwasicy. Zaczęliśmy od wstrzykiwania 0 5 cm sz. kaseosanu i, podwyższając stopniowo dawki, doszliśmy do 2 cm. sz. Wstrzykiwania dokonywano co 3-ci, 4-ty dzień. Następnie, utrzymując dawki kaseosanu na tym samym poziomie, zaczęliśmy równocześnie stosować insulinę.

Wyniki leczenia tą metodą pobudzająco-drażniącą, preparatami białka otrzymaliśmy następujące: hiperglikemja bezpośrednio po wstrzyknięciu obniżała się nieco w ciągu pierwszej doby, poczem wracała do stanu pierwotnego. To obniżenie występowało wyraźniej po pierwszych 2-ch do 3-ch wstrzykiwaniach, później, pomimo podwyższania dawki kaseosanu do 2-ch cm. sz.; wahania były minimalne. Wpływu wyraźnego na cukromocz i acetonurję nie mogliśmy dostrzec, niewielkie wahania odbywały się w kierunku zwiększenia lub zmniejszenia. Terapja kombinowana kaseosanu i insuliny nie dała również wyników konkretnych, wpływu wzmacniającego działanie insuliny nie spostrzegaliśmy, albowiem małe dawki insuliny pozostały bez wyniku dodatniego, większe zaś same przez się obniżały cukromocz i acetonurję.

Na zasadzie tych kilku przypadków skłonni jesteśmy zgodzić się ze zdaniem tych autorów, którzy uważają, że nieswoista proteinoterapja niemoże współzawodniczyć z insuliną.

Co do zastąpienia insuliny surogatami bądź to pochodzenia roślinnego, bądź chemicznego, to sprawa ta znajduje się obecnie zaledwie w okresie doświadczeń.

Tak więc zasadniczo podstawowem leczeniem moczowki cukrowej jest nadal leczenie dietetyczne. Uregulowanie ściśle diety wystarcza w bardzo wielu przypadkach, aby usunąć cukromocz bez obniżania stanu odżywiania chorego.

Sprawa jakości i ilości produktów spożywczych była roztrząsana w piśmiennictwie wiele razy i dzisiaj możnaby ją uważać w znacznej mierze za wyczerpaną i wszechstronnie oświetloną. Jest jeden szczegół, co do którego zapatrywania autorów nie są uzgodnione. Mam na myśli napoje wyskokowe, jako część składową pożywienia cukrzycowych. Próby dodawania wyskoku do pożywienia, jako środka odżywczego i leczniczego, były robione dawno, wiedziano bowiem o wysokiej kalorycznej wartości wyskokn, starano się więc wyzyskać go, jako środek odżywczy w przypadkach ciężkiej cukrzycy. Przeprowadzone badania dokładne jeszcze przed 20-tu laty przez Neubaner'a, Benedikt'a i Török'a z Kliniki Korany'ego, następnie v. Noorden'a, Roger i Voill'a, Magnus Lewy i wielu innych, dowiodły, że wyskok obniża cukromocz i zmniejsza objawy kwasicy, usuwając, względnie obniżając acetonurję. Magnus-Lewy charakteryzuje wyskok i jego działanie w cukrzycy w sposób następujący:

1) wyskok jest pełnowartościowym materjałem palnym;
2) użycie jego ułatwia wprowadzanie większych ilości tłuszczu;
3) w pewnej mierze usuwa acetonurję;
4) działa tonizująco na serce.

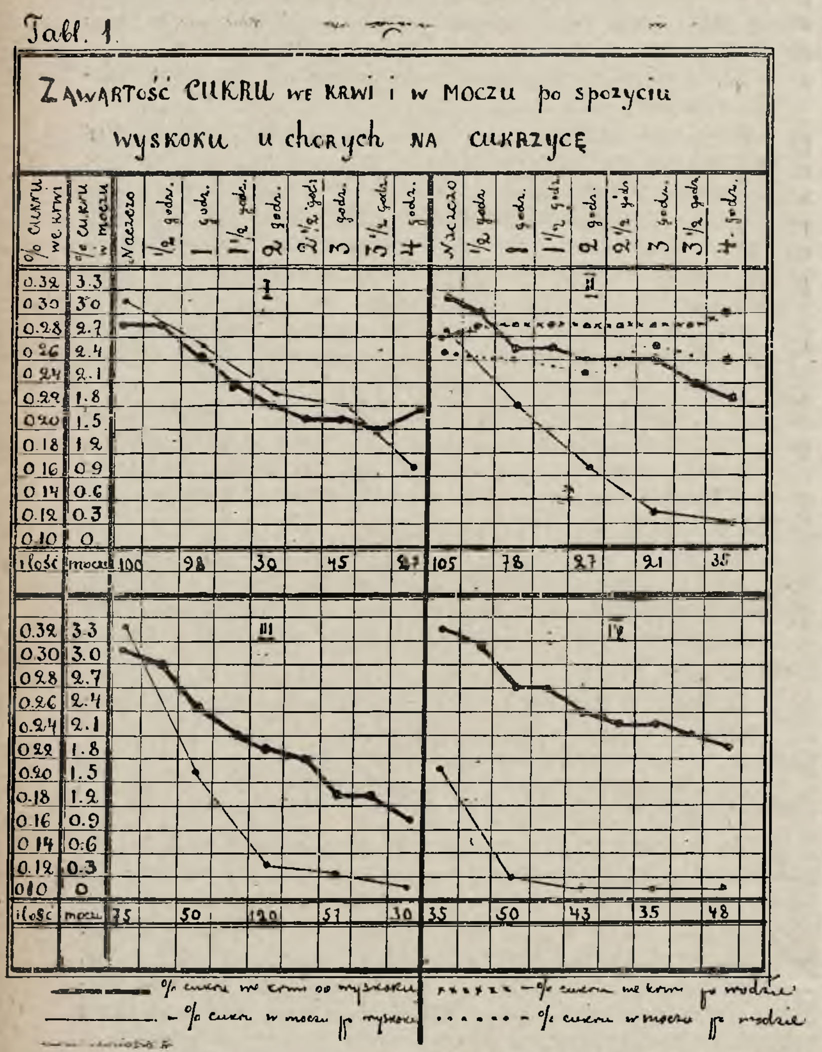
Te argumenty zdaniem jego, przemawiają za tem, że podawanie wyskoku w moczówce cukrowej może okazać sie bardzo korzystnem w wielu przypadkach. Badania wymienionych autorów miały na celu wyjaśnienie wpływu wyskoku na acetonurję, i wyniki tych badań są mniej więcej zgodne, a wyrażają się tem, że napoje wyskokowe, podawane w większych ilościach, zmniejszają acetonurję, szczególnie w ciężkich przypadkach cukrzycy, a więc przeciwdziałają śpiączce cukrzycowej.

Celem naszych badań było wyjaśnienie zachowania się cukru we krwi i w moczu u diabetyków pod wpływem wyskoku. W tym celu ustaliliśmy pewną metodę postępowania, która polega na tem, że choremu, który od szeregu dni pozostawał na określonej diecie, pobiera się krew na czczo, t. j. w 14 godzin po ostatnim posiłku, równocześnie chory oddaje mocz. Bezpośrednio potem, otrzymuje on doustnie 15—20 gr. wyskoku (około $^1/_4$ gr. na 1 kg wagi) rozcieńczonego trzykrotnie wodą. Następnie bada się krew i mocz na zawartość cukru co $^1/_2$ godziny. Chory w ciągu całego czasu pozostaje w łóżku i nieotrzymuje żadnego pożywienia.

Otóż okazało się, jak to widać z załączonych wykresów kilku przypadków (Tablica I.), że po spożyciu wyskoku cukier we krwi obniża się stopniowo w ciągu pierwszych 3-ch względnie 4-ch godzin, poczem powoli znowu narasta, pomimo, że chory pozostawał wciąż bez pokarmów. Spadek cukru w niektórych przypadkach był bardzo znaczny, bo dochodził blisko do 50% stanu pierwotnego. Równocześnie spostrzegaliśmy obniżanie się względnie znikanie nawet cukromoczu, który jednakże w miarę narastania cukru we krwi zjawiał się znowu.

*) Według odczytu wygłoszonego na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie 12—16 lipca 1925 r.

Mniej więcej podobne do siebie wyniki otrzymaliśmy we wszystkich badanych przez nas 17-tu przypadkach cukrzycy, z których 6 należy zaliczyć do postaci lekkiej, 4 do średniej, 7 zaś do postaci ciężkiej ze znaczną acetonurją i niemożnością odcukrzenia drogą usunięcia z pożywienia węglowodanów. Dokonaliśmy następnie szeregu badań porównawczych nad zachowaniem się cukru we krwi u osobników zdrowych pod wpływem wyskoku. Sposób postępowania był ściśle taki sam, jak przy badaniu diabetyków. Wyniki okazały się wręcz przeciwne. Pod wpływem wyskoku pierwotny poziom cukru we krwi wyraźnie się podnosi. Narastanie odbywa się stopniowo, szczyt jego przypadał zwykle na 3-ciej lub 4-tej godzinie po spożyciu wyskoku, poczem powoli wracał do stanu pierwotnego.



Aby wykluczyć możliwość jakichś nieprzewidzianych wpływów ubocznych, badania zostały powtórzone tak u zdrowych, jak i u diabetyków z tą różnicą, że zamiast wyskoku podawano taką samą objętość wody. Wówczas zawartość cukru utrzymywała się stale na jednakowym poziomie, względnie wahała się w jedną lub drugą stronę w granicach minimalnych. (Na tablicy I. w przypadku drugim, dotyczącym ciężkiej postaci cukromoczu, jest to uwidocznione linjami przerywanemi).

Otrzymaliśmy więc tak krańcowo różne wyniki naszych badań u osobników zdrowych i u cukrzycowych.

Oddawna zostało ustalone, że wyskok, wprowadzony do ustroju, ulega prawie całkowicie spaleniu albowiem nieznaczny tylko odsetek (2—5%) zostaje wydalony przez nerki i płuca. Spalając się jest on wyłącznie źródłem energji cieplnej (1 gr. daje 7.1 kalorji). Oszczędzające działanie wyskoku w stosunku do węglowodanów u osobników zdrowych zdaje się potwierdzać badanie współczynnika oddechowego. Wprowadzenie do organizmu, naprzykład, 100 gr. dekstrozy lub lewulozy zwiększa współczynnik oddechowy, który staje się bliski 1.0; po zadaniu wyskoku współczynnik ten po kilku minutach zaczyna się obniżać i dochodzi do wielkości niższej niż pierwotna w krótkim czasie, t. j. zbliża się do współczynnika wyskoku = 0.67 Przy jednoczesnem podaniu 100 gr. cukru i 30 gr. wyskoku współczynnik pozostaje stale niskim.

Powstaje więc pytanie, dlaczego wyskok tak biegunowo różnie działa na zachowanie się cukru we krwi u osobników zdrowych i u diabetyków. W nadziei, że pewne światło na przemianę węglowodanową i na los wyskoku w ustroju mogą rzucić badania w okresie głodzenia, dodatkowo przeprowadziliśmy następujące doświadczenia: 3-ch naszych chorych na cukrzycę dość ciężką, powstrzymywało się od przyjmowania jakichkolwiek pokarmów w ciągu 42-ch godzin. Pozwolono im pić tylko wodę w ilości około pół litra na dobę. Co kilka godzin badano krew i mocz na zawartość cukru.

Tablica 2.

Przypadki cukrzycy	Zawartość cukru na czczo przed głodzeniem		Zawartość cukru po 36 godz. poście		Zawartość cukru w 6 godz. po podaniu 20 gr. wyskoku	
	we krwi	w moczu	we krwi	w moczu	we krwi	w moczu
I	0.20%	0.8%	0.175%	0.1%	0.08%	0
II	0.26%	1.5%	0.25%	ślad	0.13%	0
III	0.28%	1.3%	0.28%	1.5%	0.11%	0

Widzimy więc z przedstawionej tablicy (II), że po 36-u godzinnem głodzeniu cukier we krwi obniżył się stosunkowo nieznacznie, a w jednym przypadku pozostał nawet na tym samym poziomie. Natomiast po upływie następnych 6-ciu godzin pod wpływem wyskoku, nastąpił szybki i gwałtowny spadek poniżej 50% pierwotnej ilości. Równocześnie nastąpiło znaczne zmniejszenie cukru w moczu.

Na mocy szeregu doświadczeń na zwierzętach, jak również spostrzeżeń Benedikt'a, spostrzeganych na osobniku poszczącym, wiemy, że w pierwszym dniu postu spala się przedewszystkiem cukier, w mniejszym stopniu tłuszcz, białko również w pierwszych dniach ulega większemu rozpadowi. A więc w spostrzeganych przez nas przypadkach diabetyków poszczących wyniki, które otrzymaliśmy, mogłyby być wytłumaczone w ten sposób: hiperglikemja utrzymuje się pomimo braku dowozu pożywienia i wzmożonego zużycia cukru, więc produkcja glukozy z białka ustrojowego, a może i z tłuszczu, musi się odbywać w tempie żywem. Wprowadzenie do ustroju wyskoku powoduje znaczne chwilowe obniżenie zawartości glukozy. Dzieje się to dlatego, że wyskok najpewniej wywiera wpływ hamujący na proces wytwarzania cukru z białka, ze 100 gr. którego, jak wiemy, może powstać około 60 gr. glukozy; produkcja glikogenu z białka odbywa się przez wiązanie znacznej ilości tlenu. Wyskok zaś, utleniając się sam energicznie, powstrzymuje wytwarzanie cukru drogą endogeniczną, a więc obniża jego zawartość we krwi, zwłaszcza, jeżeli wziąść pod uwagę, brak rezerwy glikogenowej w wątrobie i mięśniach.

Natomiast u osobnika z prawidłową przemianą węglowodanową po zadaniu wyskoku zawartość cukru we krwi zwiększa się, ponieważ wyskok, ulegając szybszemu spalaniu, zabiera tlen niezbędny dla tego procesu oksydacyjnego. Obliczanie współczynnika oddechowego niewskazuje przytem na wzmożenie procesów utleniania w ustroju, więc należy przypuszczać, że wyskok spala się w zastępstwie innych produktów — przedewszystkiem węglowodanów.

Być może, że wchodzą jeszcze tutaj w grę inne czynniki, jak wpływ wyskoku na ośrodki nerwowe, układ parasympatyczny, gruczoły dokrewne, proces wiązania glukozy przez wyskok i t. d.

Dalsze badania mające na celu wszechstronne wyjaśnienie omawianych zjawisk, mogłyby w znacznym stopniu przyczynić się do wyświetlenia sprawy przemiany węglowodanowej u zdrowych i cukrzycowych. W tym celu w klinice były przeprowadzone jeszcze następujące badania: staraliśmy się wyjaśnić, czy wyskok, wprowadzony innemi drogami do ustroju, zachowuje się tak samo, jak podany doustnie. Otóż okazało się, że wyskok wprowadzony zapomocą zgłębnika do dwunastnicy, podany do odbytnicy, czy wreszcie dożylnie (w ostatnim przypadku doświadczenia robione na królikach) ma działanie równoznaczne z tem, jakie spostrzegaliśmy przy podaniu doustnem. Prócz tego dokonaliśmy prób z wyskokiem w 105 przypadkach najrozmaitszych chorób i zauważyliśmy, że tam, gdzie mamy do czynienia z wyraźnem schorzeniem wątroby, wyskok obniża zawartość cukru we krwi, podobnie jak przy cukrzycy.

Wreszcie co się tyczy wpływu wyskoku na acetonurję, to badania nasze pod tym względem są obecnie w toku, zdaje się jednak z nich wynikać, że działanie wyskoku nie jest jednakowe we wszystkich przypadkach: w niektórych z nich rzeczywiście spostrzegaliśmy zmniejszenie ciał acetonowych, w innych natomiast szczególniejszych różnic nie spostrzegaliśmy.

Z drugiej zaś strony rozpoczęte obecnie przez nas badania na zawartość dwutlenku węgla w surowicy krwi przyrządem Van Slyk'a u chorych cukrzycowych i u zdrowych wskazują, że zasadowość surowicy zmniejsza się pod wpływem wyskoku. Badania nasze pod tym względem są jeszcze w toku, i nie wiemy w jakim stopniu potwierdzą one dotychczasowe wyniki.

Po dokonaniu próbnych badań i stwierdzeniu obniżającego działania wyskoku na glikemję i cukromocz w 4-ch przypadkach ciężkich postaci cukrzycy, dodaliśmy do otrzymywanej przez nich diety po 30—50 gr. wyskoku dziennie w kilku małych dawkach. W jednym przypadku po trzech dniach musieliśmy przerwać podawanie wyskoku, ponieważ chora nie znosiła go. W pozostałych zaś trzech uzyskaliśmy dość znaczny spadek glikemji i cukromoczu, bilans węglowodanowy z ujemnego stał się dodatni. Chorzy zaczęli przybywać na wadze. Kiedy zaczęliśmy kombinować podawanie wyskoku z insuliną, to okazało się, że insuliny przy jednoczesnem podawaniu wyskoku zużywa się znacznie mniej, aby usunąć cukromocz, niż w okresie, kiedy wyskok nie był stosowany.

Na podstawie przeprowadzonych badań możemy streścić otrzymane przez nas wyniki w sposób następujący:

1) W cukrzycy powinno być zachowane leczenie dietetyczne jako podstawowe, zaś leczenie insuliną — jako pomocnicze w pewnej kategorji przypadków — a zasadnicze w śpiączce. Nieswoista proteinoterapja wbrew poglądom niektórych autorów nie może współzawodniczyć z insulinoterapją.

2) U chorych na cukrzycę wprowadzenie wyskoku do ustroju w ilości 15—20 gr. jednorazowo powoduje znaczne obniżenie zawartości cukru we krwi.

3) U osobników zdrowych w tych samych warunkach zachodzi wyraźne zwiększenie cukru we krwi.

4) Mechanizm działania wyskoku tak u zdrowych, jak u chorych cukrzycowych nie jest nam jeszcze dostatecznie znany i wymaga dalszych badań szczegółowych.

5) W praktycznem zastosowaniu wyskok może być z korzyścią podawany chorym na cukrzycę w drobnych dawkach przy ścisłem każdorazowem indywidualizowaniu przypadku.

Dr. Antoni DOBRZAŃSKI. Lwów.

O stosowaniu ezofagoskopji w celach rozpoznawczych i leczniczych, a szczególnie w celu wydobywania ciał obcych z przełyku.

Z Kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Nie mam zamiaru opisywać szczegółowo techniki i kliniki ezofagoskopji, lecz podnieść tylko nasze spostrzeżenia i uwagi, które nam się nasuwają na podstawie materjału kliniki oto-laryngologicznej lwowskiej za lat 18, t. j. na podstawie 300 przypadków patologicznych, w których ezofagoskopję wykonano.

Do czasów endoskopijnych jedyną metodą rozpoznawczą i leczniczą schorzeń, względnie niedrożności przełyku było zgłębnikowanie. — W r. 1881 Mikulicz zastosował i opracował, jako metodę kliniczną badania przełyku ezofagoskopję, którą przed nim już inni sporadycznie stosowali. Po nim szereg autorów jak Kischstein, Killian, Kahler, Giusez, Brünings, Eicken, Jackson i inni położyło wiele zasług nad udoskonaleniem i uzupełnieniem przyrządów do ezofagoskopji, diagnostyką i jej metodą operacyjną, nad rozszerzeniem pola jej zastosowania w kierunku rozpoznawczym i operacyjnym. Dziś zyskała ona szerokie zastosowanie zarówno w ręku laryngologów, jak chirurgów dla diagnostyki i lecznictwa schorzeń przełyku. W miarę postępów rentgenologji znalazła zastosowanie ta ostatnia również jako trzecia metoda rozpoznawcza pomocnicza w diagnostyce schorzeń przełyku.

Z powyższych trzech metod najdokładniejszą bez wątpienia jest ezofagoskopja, ponieważ pozwala nam bezpośrednio okiem oglądać światło, obraz ścian, przesuwalność, rozszerzalność i drożność przełyku. Ona też winna w każdym przypadku schorzenia przełyku, o ile niema specjalnych przeciwwskazań, wspólnie z rentgenologją upewnić nas w rozpoznaniu.

Odnośnie do sposobu wykonywania ezofagoskopji mamy dwa zasadnicze sposoby a mianowicie; wprowadzanie ezofagoskopu z zatyczką (na ślepo), a dopiero po wyjęciu tejże wtórne oświetlanie pola widzenia i wprowadzanie rury otwartej pod kierunkiem oka od początku i oglądanie całej drogi, którą przechodzimy.

Pierwszy sposób sięgający początków ezofagoskopji ma i dziś swoich zwolenników, jak Stark, Mann, u nas Węgłowski. Drugi sposób opracowany przez Killiana Brüningsa i Kahlera, i innych ma tę wyższość że pozwala nam kierować rurę ezofagoskopijną pod kierunkiem oka, od pierwszej chwili badania pozwala nam orjentować się w każdem miejscu, gdzie się znajdujemy i pozwala nam stwierdzić zmiany na całej drodze, którą przechodzimy t. j. od jamy ustnej aż do żołądka. Co do wyboru więc metody względnie przyrządu do ezofagoskopji oświadczamy się bezwzględnie za systemami z otwartemi rurami bez zatyczek. Obrażeń błony śluzowej, jakie mają występować przy stosowaniu rur otwartych nie spostrzegaliśmy. Uważamy więc sposób, gdzie się kierujemy zmysłem czucia i wzroku, jako metodę doskonalszą i dokładniejszą od tej, gdzie wprowadzamy przyrząd kierując się tylko czuciem. Podkreślić jednak musimy, że wybór systemu ezofagoskopu zależy w wielkiej mierze od przyzwyczajenia operatora. Brünings zaznacza, że wprowadzanie pod kierunkiem oka jest technicznie trudniejsze, stąd też może wynika, że ezofagoskopy z zatyczkami znajdują jeszcze wielu zwolenników.

W klinice oto-laryngologicznej lwowskiej posługujemy się dwoma systemami: systemem Brüningsa i Kahler-Leitera. System Brüningsa daje najlepsze oświetlenie pola widzenia i nadaje się ze względu na ustawienie rączki do wprowadzania w pozycji chorego siedzącej lub podanej przed dwoma laty przez Szczukowa pozycji leżącej na brzuchu przy której przyrząd w stosunku do chorego jest w tem samem ustawieniu, jak przy pozycji siedzącej. Do wprowadzania przy ułożeniu chorego na grzbiecie, ezofagoskop Brüningsa mniej się nadaje ze względu na szybko występujące znużenie operatora wskutek niedogodnego trzymania przyrządu. Drugi system ezofagoskopu Kahler-Leitera zalecanego szczególnie przez wiedeńską szkołę laryngologów, daje światło mniej jasne; wprowadzanie jego jest dogodne z powodu możności przestawiania rączki we wszystkich trzech pozycjach chorego, a mianowicie, siedzącej, leżącej na brzuchu i leżącej na grzbiecie.

Francuzi używają systemu Brüningsa, nieco zmodyfikowanego a ostatni Garger podał system ezofagoskopu rozszerzalny i z owalnym otworem z boku dla wprowadzania

przyrządów operacyjnych. Własnego doświadczenia co do tego ostatniego nie mamy.

Ułożenie chorego — jak powyżej wspomniałem — zależne jest do pewnego stopnia od przyrządu, którym się posługujemy, prócz naturalnie ogólnie znanych warunków ezofagoskopji, jak budowy względnie ruchomości kręgosłupa, ciąży i t. p. Nie ulega wątpliwości, że pozycja leżąca jest dla chorego dogodniejsza, niż siedząca. W pozycji siedzącej ślina ścieka do dróg oddechowych i powoduje drażnienie do kaszlu, a nieraz nawet ataki duszenia się. Z pozycji leżących jest ta na brzuchu dogodniejsza, niż na grzbiecie. Pozycję leżącą na brzuchu (Szczukowa) stosujemy od 2 lat z doskonałym skutkiem w większości naszych przypadków u dorosłych, z wyjątkiem ciężarnych. Jest ona dogodną dla operatora i chorego. Dla operatora posługującego się przyrządem Brüningsa jest dogodna dla wprowadzania i trzymania przyrządu, dla chorego zaś ze względu na to, że ślina wycieka przez kąty ust nazewnątrz, a nie do krtani, przez co unika się nieprzyjemnych i utrudniających operatorowi zabieg ataków kaszlu. Pozycję leżącą na grzbiecie stosujemy u dzieci, u których ezofagoskopję wykonuje się w uśpieniu ogólnem i u kobiet ciężarnych. Najdogodniejszą wydaje się nam u dorosłych pozycja leżąca na brzuchu, u dzieci zaś leżąca na grzbiecie. Uważamy jednak za słuszne to, co podnosił Killian a ostatnio i wiedeńscy laryngologowie, że zwisanie głowy, tak ogromnie przykre dla chorego, jest i dla operatora niedogodne, skutkiem tego, że powoduje ono pociąganie krtani ku tyłowi i ścisłe przyleganie jej do kręgosłupa, a nadto przegięcie kręgosłupa szyjnego w całości ku tyłowi podczas gdy pożądanem jest przegięcie ku tyłowi tylko głowy w połączeniu kości potylicznej z kręgiem szczytowym. Dlatego też uważamy, że przy wprowadzaniu ezofagoskopu w pozycji leżącej na grzbiecie wystarcza wałek pod szyję i silne przegięcie głowy ku tyłowi względnie oparcie jej na przegiętym łukowato głowowym końcu stołu, jak to mamy w zastosowaniu w naszej klinice.

Oba wspomniane systemy ezofagoskopów Brüningsa i Kahlera, które są zarazem bronchoskopami mają rury naogół krótkie (do 25 cm.), — o ile zaś okazuje się potrzeba badania przełyku aż do wpustu (*cardia*), to wprowadza się przedłużenie. Trudno zaiste rozstrzygnąć co jest dogodniejsze, czy długie i jednolite rury, czy krótsze z przedłużeniami. Obie bowiem mają swe dodatnie i ujemne strony. O ile przy używaniu systemu Brüningsa wprowadzenie przedłużenia zwęża światło o 2 mm., jednakowoż nie wymaga wyjmowania rury wprowadzonej, o tyle wprowadzenie jednolitej długiej rury przy systemach z zatyczką, jest niedogodne ze względu na to, że okazuje się nieraz potrzeba wyjęcia jej i wprowadzenia drugiej. Najbardziej bowiem nieprzyjemne dla chorego jest przechodzenie przez pierwszą cieśń przełykową tj. na wysokości chrząstki pierścieniowej. W celach rozpoznawczych jest stosowanie rur krótkich z przedłużeniami dogodniejsze, natomiast rury jednolite długie są odpowiedniejsze przy wykonywaniu zabiegów.

Dla znieczulenia używaliśmy rozczynu 10% kokainy po uprzedniem wstrzyknięciu podskórnem morfiny (0,01) z atropiną (0,001). Najmłodszy chory u którego ezofagoskopję stosowaliśmy w znieczuleniu miejscowem miał lat 11. U dzieci, mimo stosowania uśpienia ogólnego pędzlowaliśmy 1 lub dwurazowo gardło roztworem 5% kokainy, ażeby przez to znieść odruchy z gardła, które dopiero w głębokiem uśpieniu ustępują.

Nie wchodząc szczegółowo w sposób wprowadzania ezofagoskopu zaznaczam tylko, że w żadnym przypadku nie wolno nam czynić tego z pośpiechem lub używać przemocy, musimy zawsze zdawać sobie sprawę gdzie znajdujemy się, szczególnie w górnym odcinku łatwo zboczyć z linji środkowej; w przełyku zawsze winniśmy widzieć jego światło.

W zakres stosowania ezofaskopji bądź w celach rozpoznawczych, bądź to w celach leczniczych wchodziły w naszych przypadkach następujące schorzenia przełyku.

20 przyp. bliznowatych zwężeń przełyku po oparzeniach, 80 zwężeń wskutek nowotworów złośliwych, 8 zwężeń przełyku wskutek spazmatycznego skurczu t. zw. *oesophagospasmus* wzgl. *cardiospasmus*, jakoteż 62 przypadków rozszerzenia przełyku spowodowanych temi zwężeniami, 9 ograniczonych rozszerzeń w postaci uchyłków, 68 przypadków zapalnych ograniczonych i rozlanych, wreszcie 56 przypadków ciał obcych w przełyku. W około 100 przypadkach zmian chorobowych przy ezofagoskopji nie stwierdziliśmy.

W zwężeniach bliznowatych ezofagoskopja była w niektórych przypadkach głównym zabiegiem, który pozwalał nam przywrócić częściowo drożność przełyku. Mam tu na myśli te przypadki, gdzie wąskie światło przełyku zostało niejako zaczopowane przez większy kęs lub twarde ciało obce i wszelkie próby przywrócenia drożności zgłębnikiem czynione zanim chorzy zgłaszali się do kliniki, nie doprowadziły do celu. W przypadkach tych po usunięciu przez ezofagoskopję zatrzymanych pokarmów, jak kawałków mięsa lub chleba, chrząstek, kawałków kości i t. p. udawało się nam zwyczajnie przywrócić dostateczną drożność przeprowadzając naturalnie w łączności z ezofagoskopją następowe rozszerzanie zapomocą sztywnego zgłębnika. Niektóre z tych przypadków wracały kilkakrotnie z temi samemi objawami nagłego zatkania i niemożności przełykania. Nadto w przypadkach zwężeń bliznowatych, w których zgłębnikowanie na ślepo nie prowadziło do celu, ponieważ albo otwór znajdował się z boku, albo też zgłębnik zatrzymywał się w powstałem ponad zwężeniem workowatem rozszerzeniu, ezofagoskopja pozwala nam najczęściej otwór odnaleźć i w ten sposób przeprowadzać pod kierunkiem oka następowe rozszerzanie. Nie we wszystkich jednak przypadkach zwężeń bliznowatych udało się to z łatwością; niekiedy trzeba było poświęcić wiele czasu i cierpliwości, by ostatecznie cel osiągnąć. 4 przypadki zwężeń bliznowatych z ostatnich pięciu lat musieliśmy przekazać do założenia przetoki żołądkowej, względnie do wykonania plastyki przełyku, by nie dopuścić do wygłodzenia, ponieważ żadnym sposobem otworu odnaleźć ani najcieńszym zgłębnikiem przejść się nie udawało, a płyny przechodziły z ogromną trudnością i w tak małych ilościach, że dla odżywienia chorego to nie wystarczało. U dorosłych zasadniczo w każdym przypadku zwężenia bliznowatego wykonywaliśmy ezofagoskopję zarówno w celu zorjentowania się co do stosunków anatomicznych zwężenia, jakoteż w celu leczenia. Uważamy za słuszne zdanie Brüningsa, że w każdym przypadku bliznowatego zwężenia powinna być przed rozszerzaniem zgłębnikiem wykonana ezofagoskopja. U dzieci zaś — nie robiliśmy ezofagoskopji w tych przypadkach, w których zgłębnikowanie udawało się bez trudności, wykonanie bowiem ezofagoskopji w znieczuleniu miejscowem u dzieci jest niemożliwe. Natomiast we wszystkich przypadkach zwężeń u dzieci, gdzie zgłębnikowanie napotykało na trudności lub było niewykonalnem, stosowaliśmy ezofagoskopję.

Zwężenie przełyku wskutek nacieków nowotworowych w pierwszym rzędzie raka, w 80-ciu z naszych przypadków, rozpoznawane było najczęściej zapomocą ezofagoskopji, która nam w większości przypadków pozwalała na ustalenie rozpoznania. Główne typy obrazów, które przy ezofagoskopji stwierdzaliśmy były następujące: Guz wpuklający się z jednej strony do światła z przekrwioną powierzchnią śluzówki, powierzchowny naciek jednej ściany, okrężne zwężenie twarde, nieustępujące pod uciskiem rury ezofagoskopijnej, brodawkowaty naciek, na powierzchni krwawiący z ziarniną lub owrzodzeniami. Najczęściej jednak znajdowaliśmy formy mieszane, jakkolwiek większość, bo około 60% wszystkich przypadków przedstawiała się w formie twardych nacieków o przekrwionej, lecz nie rozpadłej powierzchni.

Dla potwierdzenia rozpoznania w wielu przypadkach wykonywaliśmy wycięcie próbne dla zbadania drobnowidowego. W przypadkach dalej posuniętych możemy nieraz postawić rozpoznanie uwzględniając wywiady i wynik badania radjologicznego, natomiast w początkowych okresach niedających jeszcze wybitnych objawów niezbędnem jest przeprowadzenie ezofagoskopji. Najczęstsze umiejscowienie nowotworów w naszych przypadkach było na wysokości podziału tchawicy, rzadsze w górnej i dolnej części przełyku.

W jednym przypadku rak dał owrzodzenie i przetokę do oskrzela lewego, co na radjogramie można było stwierdzić, papka bowiem barowa schodziła do oskrzela, nie dając objawów jakiegokolwiek podrażnienia ze strony płuc; chory żył z tem jeszcze przez 2 miesiące.

W 8 przyp. spazmatycznego skurczu przełyku wzgl. wpustu do żołądka mogliśmy stwierdzić, że przyczyną tych uporczywych objawów zwężenia nie są zmiany anatomiczne ścian przełyku. W jednym przypadku skurczu wpustu u 15-letniego chłopca rozdęcie przełyku było tak znaczne, że przedstawiał się on w formie zbiornika mieszczącego w sobie do jednego litra płynu, co można było stwierdzić rentgenologicznie, podając płynny bar do wypicia. Trzykrotnie wykonana ezofagoskopja i następowe zgłębnikowanie doprowadziły stan chorego do znacznej poprawy.

Rozszerzenia przełyku ponad zwężeniami są obrazem najczęściej towarzyszącym tymże. Rozszerzenia te mogą przybierać postać uchyłku, w który łatwo przy ezofagoskopji wejść można rurą. Nie widząc jednak światła, lecz spostrzegając napinającą się i blednącą pod uciskiem śluzówkę, orjentujemy się, że jesteśmy w uchyłku.

Największe zastosowanie zdobyła sobie ezofagoskopja jako metoda rozpoznawcza i leczniczo-operacyjna w przypadkach ciał obcych przełyku. Prócz ezofagoskopji używamy dla stwierdzenia ciała obcego w przełyku dwóch innych sposobów, które stosujemy przed ezofagoskopją. A mianowicie t. zw. hipofaryngoskopję, podaną przez Eickena, a polegającą na odciąganiu zapomocą zgłębnika krtaniowego przedniej ściany krtani ku przodowi po jej uprzedniem znieczuleniu. Wówczas wejście do przełyku się rozszerza i ciała obce, które w niem mogą tkwić, stają się widoczne. W każdym przypadku podejrzenia na obecność obcego ciała w przełyku, stosujemy również prześwietlenie względnie niekiedy dla dokładnego zlokalizowania zdjęcie rentgenowskie. Jakkolwiek prześwietlenie rentgenowskie oddaje nam duże usługi w diagnostyce ciał obcych przełyku, to jednak nie możemy w każdym przypadku na niem polegać. Wykazuje ono nam łatwo — ciała metalowe jak monety, blaszki metalowe, protezy szczękowe, szpilki i t. p., zawodzi dość często, o ile chodzi o kawałki kości, a zwłaszcza cienkie blaszki kostne. W naszym jednym przypadku, blaszki kostnej długości 3 cm., tkwiącej w zatoce gruszkowatej (*sinus piriformis)*, prześwietlenie rentgenowskie nie wykazało, podobnie w drugim, kawałka kości z kolanka cielęcego, o 2 cm. średnicy tkwiącego w przełyku na wysokości rozwidlenia tchawicy prześwietlenie rentgenowskie również nie wykazało. W obu tych przypadkach ciała obce wydobyliśmy za pomocą ezofagoskopji. Jeśli więc chodzi o podejrzenie na obecność odłamków kości w przełyku, nie wolno nam poprzestać na ujemnym wyniku badania rentgenowskiego, lecz w każdym przypadku należy wykonać ezofagoskopję. Rzecz naturalna — niewykazuje prześwietlenie rentgenowskie również ciał miękkich, jak kawałków chleba, mięsa lub elastycznych chrząstek, chyba jako przeszkodę w drożności przełyku po podaniu papki barowej, która jednak utrudnia następową ezofagoskopję. Ogółem mieliśmy 56 przypadków ciał obcych, z tego 19 przypadków odłamków kości, z tych 13 wydobyto przez ezofagoskopję, 6 ześlizgnęło się do żołądka, 5 przypadków protez szczękowych, z tych 3 wydobyte przez ezofagoskopję, jedna pozostająca przez 6 miesięcy w przełyku przez *ezofagotomja externa*, jedna zaś tkwiąca przy wpuście ześlizgnęła się do żołądka; 11 przypadków monet różnej wielkości — wszystkie wydobyte przez ezofagoskopję; 3 guziki i dwie spinki, jedna szpilka z główką, dwie świstawki wydobyte przez ezofagoskopję; 14 kęsów, z których 8 wydobyto, 6 zeszło do żołądka. Na ogólną liczbę 56 przyp. w 3 przyp. wystąpiły powikłania prowadzące do zejścia śmiertelnego, (śmiertelność $5^1/_2\%$) o których poniżej wspomnę, podczas gdy ezofagotomja daje od 12—30% śmiertelności.

Zmiany anatomiczne, jakie ciało obce może w przełyku wywołać, mogą mieć najrozmaitsze postacie od najlżejszego obrażenia śluzówki do ciężkiego skaleczenia a nawet przedarcia ściany przełyku i spowodowania ciężkich ropnych stanów zapalnych okołoprzełykowych względnie śródpiersia. Zmiany te zależą naturalnie od kształtu i zdolności zakażenia danego ciała, od wieku chorego i od długości czasu pozostawania w przełyku. W 8-miu przypadkach ciężkiego obrażenia ściany przełyku przez odłamek kości nastąpiło wyleczenie całkowite.

Jak ciężkie powikłania może ciało obce jak odłamek kości wywołać w przełyku, niech posłużą trzy przypadki niżej w krótkości przytoczone:

Przypadek 1.

16-letnia chora, połknęła blaszkę kostną z kury. W 12 godz. wykonana ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić w pierwszej cieśni przełykowej blaszkę kostną, którą wydobyto przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa. Stan chorej już przed ezofagoskopją był ciężki wskutek obrzęku szyi, bolesności na ucisk w okolicy krtani, przykurczn głowy ku przodowi i stanu gorączkowego. Mimo wydobycia ciała obcego stan zapalny ropny około przełyku w ciągu następnego tygodnia nie cofał się, tak, że w końcu zmuszeni byliśmy przystąpić do otwarcia ropnia od zewnątrz. W czasie zabiegn zaraz po wykonaniu cięcia skórnego nastąpiło samoistne przebicie ropne do tchawicy i duszenie się. Natychmiastowa tracheotomja zdołała przywrócić oddech, lecz mimo to stan chorej tak się pogorszył, że w dwa dni później umarła. Po otwarciu tchawicy przy tracheotomji uderzył nas cuchnący zapach ropy i widoczna była jej obfitość w tchawicy. Przypadek ogromnie pouczający, bo wskazuje jak ciężkie powikłanie może dać ostra blaszka kostna, mimo wczesnego wydobycia jej z przełyku.

Przypadek 2.

65-letnia chora połknęła kość, zgłosiła się do lekarza, który po przeprowadzeniu zgłębnika stwierdził, że ciała obcego niema. W 3 dni później wystąpił u chorej obrzęk szyi, całkowita niemożność przełykania, bolesność na ucisk w okolicy krtani i duszność. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić obecność kości w pierwszej cieśni przełyku, którą uchwycono szczypczykami i wydobyto nazewnątrz. Kość miała 3 cm. długości, a 2 cm. szerokości. Chora miała się po zabiegu zupełnie dobrze, a pozostała tylko częściowa nieruchomość prawej połowy krtani, która przed ezofagoskopją wykazywała bardzo znaczny obrzęk i wywoływała objawy duszności. Ta częściowa nieruchomość krtani mogła być spowodowana przez ucisk na nerw wsteczny, względnie obrażenie stawu pierścieniowo-nalewkowego.

Przypadek 3.

Chory, lat 37, połknął kość z kury. Odczuwał nieznaczny ból przy połykaniu, sądząc jednak, że kość przeszła do żołądka a ból pochodzi od skaleczenia, nie szukał porady lekarskiej. Dopiero po 3-ch tygodniach zgłosił się do lekarza miejscowego, który skierował go do kliniki. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić w odległości 28 cm od zębów ziarninę silnie krwawiącą. Po oczyszczeniu częściowem pola widzenia ukazała się biała kość, którą zachwycono szczypczykami. Wklinowanie kości w ścianę przełyku było tak silne, że szczypczyki trzykrotnie się ześlizgnęły, dopiero za czwartym razem, skręcając nieco, udało się za rurą kość wydobyć. Miała ona nieregularny kształt, długości około 2 cm, z dwoma wypustkami pod kątem prostym ustawionemi, długości około $2^1/_2$ cm, ostro zakończonemi. Wypustki te tkwiły w ścianie przełyku. Wydobycie kości w tym przypadku było ogromnie utrudnione z powodu silnego jej wklinowania. Następowy przebieg choroby był bez powikłań, a chory po 4 dniach mógł być odesłany do domu.

W przypadkach zaniedbanych, w których od połknięcia upłynęło kilka dni, jest rozpoznanie ezofagoskopijne nieraz bardzo utrudnione wskutek obrzęku ścian, krwawienia, nagromadzenia śluzu. W tych przypadkach przez staranne oczyszczanie pola widzenia zapomocą wacików i pompki oraz pędzlowania kokainą z adrenaliną możemy osiągnąć częściowe zmniejszenie się obrzęku i lepszy obraz.

Z 5-ciu przypadków protez szczękowych w 3 udało się je wydobyć zapomocą ezofagoskopji, w jednym przypadku proteza szczękowa znajdująca się tuż przy wpuście ześliznęła się podczas ezofagoskopji do żołądka, a w piątym przypadku w którym proteza szczękowa pozostawała w przełyku przez 6 miesięcy i obrosła całkowicie w ścianie tegoż, na drodze ezofagoskopji wydobyć się jej nie dało, wskutek czego musiano wykonać ezofagotomję zewnętrzną, która pozwoliła wydobyć połowę, druga zaś ześliznęła się do żołądka. Protezy z powodu swej wielkiej objętości i haczyków należą do trudnych ciał do wydobywania. Killian radzi po uchwyceniu zrobić lekki ruch ku dołowi lub lekko obrotowy, a następnie pociągnąć ku górze, przez co uzyskuje się często uwolnienie haczyków. O ile nie udaje się wydobyć w całości, można protezę rozciąć na dwie części i częściami wydobywać.

Ciała okrągłe jak monety i guziki są wprawdzie mniej niebezpieczne, niż kości i protezy, ponieważ jednak przypadki te dotyczą najczęściej małych dzieci, mogą one z powodu swej wielkości spowodować odleżyny i nastręczyć wiele trudności przy wydobywaniu. Wielu jest zwolenników wydobywania monet i guzików na ślepo n. p. zapomocą koszyczka Gräfego. Jakkolwiek wydobywając ciało okrągłe na ślepo zapomocą koszyczka nie powinniśmy spowodować większych obrażeń, to jednak ogół przypadków naszych przemawia przeciw temu, ponieważ duże monety jak 50 groszówki, w których w ostatnim roku 3 wydobyliśmy zapomocą ezofagoskopji, powodnją bardzo szybko odleżyny i przy wydobywaniu na ślepo łatwo można spowodować przedarcie ściany, tembardziej, że ciało obce razem z koszykiem ma większą objętość, przez co ewentualność skaleczenia jest większa. Znane są prócz tego przypadki, gdzie ciało obce razem z koszyczkiem wklinowało się i nie dało się przesunąć w żadnym kierunku. Monety zwyczajnie ustawiają się w płaszczyźnie czołowej (frontalnej), jako w tej, w której rozszerzalność przełyku jest największa. O ile moneta tkwi w płaszczyźnie strzałkowej staje się bardzo niebezpieczną. Przykładem tego jest przypadek obserwowany przez nas, który w krótkości przytoczę.

Dziecko l. 3 połknęło dwugroszową monetę. W 4 dni później po nieudałej próbie przepychania przyniesiono je do kliniki. Prześwietlenie rentgenowskie robione przed 2 dniami wykazywało cień kształtu monety 2 groszowej na wysokości dołka jarzmowego.

Wykonana w uśpieniu ogólnem ezofagoskopja nie pozwoliła stwierdzić monety, natomiast widoczne były na przedniej i tylnej ścianie przełyku w odległości 15 cm od zębów rany odleżynowe. W kilku godzin później wystąpiła szybko na szyi, rozprzestrzeniając się na całe ciało, odma podskórna (*emphysema subcutaneum*), duszność, sinica i zejście śmiertelne.

Rozpoznanie sekcyjne: *Ulcera decubitalia oesophagi Corpus alienum (2 gr) in mediast. post. progrediens. Pleuritis sero fibrinosa. Emphysema subcutaneum mediastini anterioris et thoracis. Tumor lienis acutus. Status thymico-lymphaticus.*

W przypadku tym moneta ustawiła się w przełyku niewątpliwie w płaszczyźnie strzałkowej, spowodowała rany odleżynowe na tylnej i przedniej ścianie, przebicie ściany przełyku i tylnej (błoniastej) ściany tchawicy i opadła w wiotkiej tkance wśródpiersia aż na przeponę, powodnjąc ciężkie powikłania prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Z ciał obcych okrągłych z przełyku zasługują na wymienienie z powodu bardzo młodego wieku dziecka: guzik od płaszcza wojskowego u 9-cio miesięcznego dziecka wydobyty zapomocą ezofagoskopji, następowy przebieg pomyślny i wyzdrowienie całkowite, guzik kościany od kołdry u 18 mies. dziecka wydobyty przez ezofagoskopję, wyzdrowienie całkowite; spinka u 6-cio miesięcznego dziecka wywołała ciężką duszność z powodu obrzęku krtani, wskutek czego musiano wykonać tracheotomję. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało obecność jej w górnym odcinku przełyku. Wykonana ezofagoskopja pozwoliła ją wydobyć, choć zabieg był trudny z powodu dużej masy obumarłej tkanki; jednakowoż ciężkie powikłania ze strony płuc doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Sekcja wykazała duży obrzęk krtani, dwie rany odleżynowe głęboko drążące na tylnej i przedniej ścianie przełyku na wysokości chrząstki pierścieniowej i *status thymico-lymphaticus.*

Jak ciekawe niespodzianki może dawać ciało obce w przełyku operatorowi, który nie może być pewnym — nawet przy największej wprawie operacyjnej — ich wydobycia, niech posłuży przypadek obserwowany przez nas a dotyczący 12-letniego chłopca, który połknął w bułce szpilkę. Prześwietlenie rentgenowskie wykazało ją na wysokości szóstego kręgu szyjnego, a więc tuż u wejścia do przełyku. Ezofagoskopja wykonana w uśpieniu ogólnem nie pozwoliła jej znaleźć, natomiast po wprowadzeniu palca przez operatora udało się ją wyczuć, zachwycić i wyciągnąć ku górze. Jednakowoż na zewnątrz jej nie wydobyto, gdyż wpadła ona jak się później okazało przy powtórnem zdjęciu rentgenowskiem przez tylne nozdrza do nosa. Zdjęcie rentgenowskie pozwoliło ją stwierdzić w górnym przewodzie nosowym, a więc przy badaniu nosa od przodu nie była ona widoczną. Wydobyto ją następowo po wycięciu muszli średniej w nosie.

Odnośnie do wieku chorych, u których ezofagoskopję wykonano w celu wydobycia ciał obcych, granica sięga od 6-ciu miesięcy do 82 lat. Do zatrzymania się ciał obcych usposabiają głównie zwężenia względnie zmniejszona rozszerzalność przełyku. W przypadkach prawidłowych zatrzymują się ciała obce najczęściej w górnej części przełyku, a mianowicie na wysokości chrząstki pierścieniowej, następnie na wysokości rozwidlenia tchawicy, rzadziej przy wpuście do żołądka. W 2 przypadkach zatrzymały się odłamki kostne w zwężeniu spowodowanem przez nacieki nowotworowe (rak).

Przeciwwskazań do ezofagoskopji w razie obecności ciała obcego niema z wyjątkiem bardzo daleko posuniętego upadku sił chorego, który nie pozwala na wykonanie bądź co bądź ciężkiego zabiegu. Ciało obce bowiem pozostające w przełyku może sprowadzić najcięższe powikłania, wobec tego t. zw. przeciwwskazania, jak: wady serca, marskość wątroby, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżyca tętnic i t. p. muszą ustąpić na dalszy plan. Przykładem tego niech będzie przypadek, w którym nastąpiło zadławienie się kostką z kury, a prześwietlenie rentgenowskie wykazało zatrzymywanie się papki barowej na wysokości rozwidlenia tchawicy. Prócz tego pozwoliło ono stwierdzić nadmierne powiększenie lewego serca, a więc niedomykalność zastawki dwudzielnej. Obecna była sinica i duszność. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić na wysokości rozwidlenia tchawicy zwężenie wskutek nacieku nowotworowego i w nim tkwiącą blaszkę kostną, którą wydobyto. W przypadku tym przeciwwskazaniem do ezofagoskopji była wada serca częściowo niewyrównana, jednakowoż obecność ciała obcego zmuszała nas do wykonania tejże i wydobycia go nazewnątrz.

W końcu słów parę o zgłębnikowaniu w celu stwierdzenia ciała obcego w przełyku i o t. zw. przepychaniu ciał obcych w przełyku zapomocą zgłębnika, które niestety dziś jeszcze ma wielu zwolenników.

Na podstawie przez nas obserwowanych przypadków, uważamy w razie podejrzenia na obecność ciała obcego w przełyku wszelkie sondowanie na ślepo za przeciwwskazane, a nawet niebezpieczne i mogące sprowadzić zgubne skutki dla chorego. Większą bowiem szkodę możemy przynieść choremu zgłębnikowaniem na ślepo w razie obecności ciała obcego w przełyku aniżeli pomóc. Nadto, o ile nie natrafiamy na ciało obce, nie powinniśmy pocieszać chorego, że nic nie ma, w wielu bowiem przypadkach, mimo obecności ciała obcego zgłębnik przechodzi obok i może spowodować jeszcze silniejsze jego wklinowanie, jak to spostrzegaliśmy w naszych kilku przypadkach, w których uprzednio zgłębnikowano.

Kończąc nasze uwagi nad stosowaniem ezofagoskopji musimy podkreślić, że jest to metoda najpewniejsza zarówno dla diagnostyki, jak i dla leczenia schorzeń przełyku, w których w każdym przypadku winna być stosowana obok prześwietlenia rentgenowskiego. W zastosowaniu zaś do wydobywania ciał obcych w przełyku zajmuje ona naczelne i jedyne miejsce, nawet u dzieci bardzo młodych, a wszelkie wydobywania na ślepo winne być zarzucone. Mniejszą szkodę wyrządzamy choremu, o ile go skierowujemy do ezofagoskopji, w razie podejrzenia na obecność ciała obcego, po jednym lub dwu dniach, aniżeli jeśli zgłębnikujemy i przez to wklinowujemy to ciało jeszcze bardziej w ścianę przełyku.

Dr. A. HERSCHENDÖRFER, Lwów.
sekundarjusz Oddziału ocznego.

Kilka uwag do artykułu p. t. »Zmiany barwikowe spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy«, ogł. w Gazecie lek. Nr. 24. 1925.

Z Oddziału ocznego Państw. Szpitala Powszechnego.
Prymarjusz: Prof. Dr. Machek.

Po ogłoszeniu artykułu pod tytułem wymienionym w nagłówku, otrzymałem od kol. Dra. E. Rosenhaucha

z Krakowa odbitkę jego publikacji z roku 1918. p. t. »W sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę«. Przy ułożeniu mego artykułu pracy tej nie uwzględniłem, gdyż w piśmiennictwie ani oryginału ani streszczenia nie znalazłem. Przypisać to należy niedokładnemu referowaniu różnych czasopism w czasie wojennym.

Ponieważ jednak Rosenhauch na podstawie swoich licznych badań podnosi przypuszczenie Wicherkiewicza w powyższej sprawie do prawie pewnego twierdzenia, pozwolę sobie jeszcze raz zabrać głos w celu omówienia tej sprawy.

Wychodząc ze spostrzeżeń Wicherkiewicza i z przypuszczenia tegoż co do pochodzenia plam barwikowych w spojówce i opierając się na wielkiej ilości przez siebie zbadanych przypadków, przychodzi Rosenhauch do przekonania, że plamki barwikowe, stwierdzone w przebiegu jaglicy, są identyczne z plamami barwikowemi (*naevi)*, stwierdzanemi w innych okolicach ciała, i że ze sprawą chorobową jaglicy nic nie mają wspólnego. Na dowód słuszności tej teorji przytacza autor :

a) przypadek Wicherkiewicza, plamki barwikowej w jaglicy, w którym to przypadku badanie drobnowidowe plamki w spojówce powiekowej, i plamki na błonie śluzowej wargi, dało wynik jednakowy,

b) 2 przypadki plamki barwikowej, znalezionej przez Rosenhaucha wśród wielkiej ilości badanych (kilkadziesiąt tysięcy) w spojówce powieki górnej bez zmian jaglicowych. (Trzeci przypadek plamki barwikowej, spostrzegany przez Rosenhaucha był znowu jaglicą; żyd, brunet; okresu jaglicy nie podano),

c) rzadkość tych zmian w przebiegu jaglicy.

Uzupełniając omówienie zapatrywań poszczególnych autorów na sprawę pochodzenia plam barwikowych w jaglicy, dodam następujące uwagi:

Ad a) W pracy mojej zaznaczyłem, że plamki na wardze w 3-cim przypadku Wicherkiewicza niezbadano histologicznie. Nie wynika to bowiem z publikacji Wicherkiewicza (Przegl. lek. 1814. Zesz. Nr. 2.). Możliwe, że badanie przeprowadzono w czasie późniejszym, lecz Wicherkiewicz o tem nie wspomina.

Co do plamek na błonie śluzowej warg, można stwierdzić, że spotyka się je stosunkowo dość często u brunetów, zwłaszcza u ludzi starszych. Na spojówce powiekowej widzimy je natomiast nadzwyczaj rzadko. Obu tych rodzajów plamek nie można uważać za identyczne a z ich koincydencji można tylko wywnioskować, że organizm jest bogaty w barwik brunatny i że posiada skłonność do tworzenia plam barwikowych także na błonach śluzowych. Pewne wskazówki w ocenianiu, czy i jaki związek istnieje między obu temi zmianami, dałoby nam badanie drobnowidowe plamki barwikowej z wargi. Głównie chodziłoby o to, czy barwik mieści się także w nabłonku lub czy zostawia nabłonek wolnym od barwika, jak w plamkach jaglicowych. Trudno jednak chorego (w jednym z moich przypadków chora również miała plamkę na wardze) nakłonić, ażeby dał sobie wyciąć plamkę, która mu nie sprawia żadnych dolegliwości.

Ad b) Jakkolwiek trudno jest dziś wykazać, jaki jest bezpośredni związek zmian barwikowych ze sprawą chorobową jaglicy, nie możemy jednak wypowiedzieć zdania, że plamki te nic z jaglicą nie mają wspólnego. Nie pozwalają na to ogłoszone dotychczas przypadki, w których plamki te odznaczają się tak regularnie występującemi cechami.

Mojem zdaniem, te dwa przypadki nie-jaglicowe, wymienione w pracy Rosenhaucha, nieudowadniają, że plamki te nie pozostają w żadnym związku przyczynowym z jaglicą. Nie udowadnia tego też wielka ilość badanych przez Rosenhaucha chorych. W wielkiej tej liczbie znalazł on tylko 3 przypadki plam barwikowych na spojówce powiekowej a wśród tych znów jeden przypadek jaglicy. Nic dziwnego, że wśród tak wielkiej ilości badanych mogły się dwa razy zdarzyć prawdziwe znamiona *(naevi)*. Wszak plamki spotykane w jaglicy nie wykluczają możliwości istnienia także plam wrodzonych.

Ad c) Rzadkość występowania plamek w jaglicy starałem się wytłumaczyć w moim pierwszym artykule; nie może ona udowodnić, że zmiana ta nie pozostaje w żadnym związku z jaglicą.

Skorzystam ze sposobności, ażeby uzupełnić moje spostrzeżenia jeszcze jednym przypadkiem, który spostrzegałem w międzyczasie. Od czasu, w którym spostrzegałem mój pierwszy przypadek, zwracałem baczną uwagę na ewentualnie podobne zmiany. Szukałem tych plamek nie tylko w przypadkach jaglicy, ale i u wszystkich chorych, jakich miałem sposobność badać. Nie znalazłem ich jednak (w spojówce powiekowej) ani w jednym przypadku nie-jaglicowym, natomiast znowu w jednym przypadku jaglicy. Dla krótkości podam tylko najważniejsze szczegóły historji choroby:

Chory D. H., żyd, l. 41. (L. p. hist. chor. 386 25) cierpi na jaglicę od 6 lat. Z początku choroby leczył się przez 14 dni u lekarza. Później długi czas się nie leczył, gdyż nie miał żadnych dolegliwości. Dopiero przed 2 laty stan się znów pogorszył tak, że musiał się leczyć u lekarza przez cztery miesiące.

Brunet o śniadej cerze. Na skórze twarzy i tułowia widać drobne znamiona. Obok licznych innych zmian, występujących w przebiegu jaglicy stwierdzamy na prawem oku następujący stan obecny: Po odwróceniu górnej powieki widzimy sieć blizn, nie bardzo się odznaczających na sino-czerwonem tle spojówki. Najwybitniejsza jest blizna w okolicy rowka podtarczkowego. Blisko górnego brzegu tarczki na granicy między nosową a średnią częścią mieści się w bliźnie ciemnoszara plamka w postaci kropki o średnicy około 1 mm. Ograniczenie tej plamki nieostre, powierzchnia nad nią gładka.

Zmiana barwikowa w tym przypadku odznacza się wszystkiemi cechami, jakie można było stale stwierdzać w poprzednich przypadkach.

* * *

Po oddaniu niniejszego artykułu do druku miałem sposobność stwierdzić ciemną plamkę na błonie śluzowej dolnej wargi u chorego na jaglicę ze zmianami trzeciorzędnemi, który jednak na spojówce powiek zmian barwikowych nie wykazywał. Skrawek został zbadany w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. K. przez p Dr. Schusterównę, adjunkta tegoż zakładu, a badanie dało wynik następujący:

Protokół badania drobnowidowego L. 604. Chory Izak L, lat 58. Skrawek błony śluzowej (wycięty z wargi) pokryty jest znacznie zgrubiałym nabłonkiem płaskim, w którego komórkach podstawowych stwierdza się obfity barwik. Również w tkance podnabłonkowej widań liczne chromatofory.

Z praktyki.

Dr. BETTER, lekarz asystent. Katowice.

Ciekawy przypadek zębów nosowych w okresie lat dziecięcych.

Z Brackiej kliniki usznej w Katowicach, lekarz naczelny radca zdrowia Dr. Ehrenfried.

W piśmiennictwie są opisane liczne przypadki zębów nosowych, które można stwierdzić w jamie nosowej, jako zabłąkane zawiązki zębowe lub jako nadliczbowe zęby przy zresztą zupełnem uzębieniu. Przeważna część takich przypadków, o których czytałem, dotyczy osób dorosłych, a jaki był wygląd uzębienia mlecznego w tychże przypadkach, tego naturalnie stwierdzić już nie było można. Niezależałoby mi na tem, aby liczbę przyczynków kazuistycznych pomnożyć o jeszcze jeden przypadek, lecz zachodzi w przypadku niniejszym pewna odmiana, której niezdołałem nigdzie znaleść.

26 marca 1925 r. zjawił się w ambulatorjum Brackiej Kliniki usznej robotnik z $4^1/_2$ lat liczącą córeczką, A. C., podając, że dziecko ma trudności przy oddechaniu nosem i że z noska wydziela się ustawicznie cuchnąca ropa. Objawy te zauważono już od trzech miesięcy.

Dziecko jest odpowiednio do swego wieku dobrze rozwinięte i w dobrym stanie odżywienia. Badanie jamy nosowo gardłowej niewykazuje ani powiększonych migdałków podniebiennych, ani przerostu migdałka trzeciego; w jamie ustne

spostrzega się uzębienie mleczne zupełnie zdrowe, przy zupełnej liczbie zębów mlecznych. Lewa jama nosowa jest bez zmian. W prawej jamie nosowej na wstępie znajdują się ropne strupki, a po ich usunięciu stwierdza się zgłębnikiem twarde ciało, usadowione w przedniej części jamy nosowej. Przypuszczalnie rozpoznano: ciało obce w jamie nosowej. Włożono waciki kokainowe do nosa, a po usunięciu ich zauważono ciało obce o barwie kości słoniowej, które usiłowano usunąć zapomocą dźwigni Zaufala. Ponieważ ciało to, poruszono tylko a nie można go było usunąć ze strony przegrody nosowej, chwycono je kleszczykami usznemi i wydobyto przy silnem ciągnięciu w stronę boczną (ku muszli) i ku przodowi. Następowe nieznaczne krwawienie udało się z łatwością powstrzymać zapomocą wacika z kokainą i suprareniną. Ciało wydobyte było zębem siecznym bez korzenia. Dziecko zgłosiło się na zamówienie powtórnie jeden tydzień później t. j. 7 kwietnia 1925 r. Przy oglądaniu prawej jamy nosowej zauważono po usunięciu strupów na wstępie nosa kawałeczek biało lśniącej kostki usadowionej na dnie nosa, podobnej do martwiaka kostnego. Zdawało się, że została wyrwana przy ostatnim zabiegu pewna część błony śluzowej, nosowej, w miejscu zęba usuniętego, która jeszcze nieodrosła. Po dokładniejszem badaniu jednak pokazało się, że ów rzekomy martwiak kostny wystaje cośkolwiek ponad dno nosa. Zgłębnikiem można było pod niego podejść od strony muszli i wywarzyć go w górę w osi położonej na dnie przegrody nosowej. Po skokainizowaniu wydobyto ten rzekomy kawałeczek kości, zapomocą szczypczyków. Okazało się, że usunięto z nosa znowu ząb bardzo podobny w swoich zarysach do pierwszego zęba. Po ustaniu krwawienia stwierdzono otwór mniejwięcej wielkości grochu w przedniej dolnej części chrząstki przegrody nosowej, gdzie się prawdopodobnie mieściła podstawa dla obu zębów. Korzenia nie posiadał ani pierwszy ani drugi ząb.

Podkreślam jeszcze raz, że dziecko posiadało zupełnie normalne, zdrowe i zupełne uzębienie.

Oba zęby odpowiadają górnym siekaczom bez korzeni. Korona i szyjka są pokryte szkliwem; ich wypukłe części są marmurkowato, ciemno zabarwione, a wypukłości szyjkowe nawet bronzowo-czarne. Powierzchnie wklęsłe zębów posiadają postać łopaty, ostrze ich zaś jest odpowiednio do okresu dziecięcego zazębione (piłowate). Ząb najpierw wydobyty posiada na ostrzu trzy ząbki o mniejwięcej równej szerokości, drugi ząb zaś dwa szersze boczne i dwa węższe środkowe ząbki. Płaszczyzny zębów są gładkie, pominąwszy brózdy dobrze widziane, lecz płytkie na powierzchni wypukłej, rozpoczynające się na ostrzu zębów. Szyjka zębów jest zakończona ostrym brzegiem a wewnątrz przechodzi ona w wydrążenie odpowiadające nazewnątrz wypukłości szyjkowej, i kończy się wąskim kanalikiem, prowadzącym do wnętrza koronki (*cavum dentis*), równoległym z szerokością zęba.

Mimo, że oba zęby usunięto z prawej jamy nosowej, nie odpowiadają one, według ich wyglądu jednej i tejsamej stronie. Każdy z nich posiada po stronie dośrodkowej ostrzejszy kąt a po stronie dystalnej więcej zaokrąglony. Z tego założenia należy zaliczyć jeden ząb do strony prawej, drugi zaś do strony lewej. Zęby owe nie są zgodne, lecz są wzajemnym obrazem zwierciadłowym. Oba posiadają równą długość (1 cm) i szerokość (8 mm); nieznaczna ta różnica między długością a szerokością wskazuje także na to, że oba zęby należą do zębów mlecznych, ponieważ ta różnica przy zębach trwałych jest większa.

Co do położenia zębów w nosie, to należy jeszcze podnieść, że pierwszy ząb był wyżej położony od drugiego, a mianowicie swą wklęsłością był on skierowany do dołu i do tyłu, a ostrzem swem cośkolwiek do góry, poza tem był on wysunięty więcej naprzód, niż drugi ząb.

Dziecko posiadało, jak wyżej wspomniałem, zupełnie zdrowe zęby mleczne przy prawidłowej liczbie, wobec tego trzeba wykluczyć zatrzymanie zarodków zębowych (*retentio*) a raczej myśleć o inwersji zarodków, co można często zauważyć specjalnie przy górnych siekaczach. Zawiązki zębowe w tym przypadku obróciły się tak doszczętnie, że nie tylko koronki się stworzyły na miejscu, gdzie zazwyczaj korzenie są położone, lecz, że nawet, lewy średni siekacz wyrżnął się do prawej jamy nosowej. Byłoby zajmującem stwierdzić po szeregu lat, czy górne siekacze obecnego uzębienia zostały zastąpione przez nowe trwałe zęby, coby mogło wyjaśnić pochodzenie i rodzaj opisanych zębów nosowych.

Przy końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować mojemu szefowi p. radcy Ehrenfriedowi za jego cenne wskazówki i uwagi.

Dr. Tadeusz DYBOSKI, Kraków
asystent kliniki dermat.

O wartości leczniczej stovarsolu.

Z kliniki dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. dr. J. T. Lenartowicz.

I.

Wprowadziwszy przed kilku laty przetwory bizmutowe (*Trépol)*, zajął się Levaditi, w r. 1921 doświadczalnem wypróbowaniem nowego środka przeciwkiłowego, zawierającego arsen. Środek ten otrzymany w chemicznie czystej formie przez Fourneau jest połączeniem kwasu acetyloxyaminophenylarsinowego i, jak doświadczenia rychło wykazały, nadaje się do zażywania *per os;* działanie zaś jego na ustrój zakażony jadem kiłowym, okazało się tak dodatniem, że ogłoszone przez Levaditiego w Zakładzie Pasteura dnia 22. maja 1922 r. wyniki musiały wywołać poruszenie wśród syfilidologów eksperymentatorów i praktyków. Od tej chwili trwa prawie nieprzerwanie polemika pomiędzy jego zapalonymi zwolennikami, a krytykami, rozważającymi chłodno dodatnie i ujemne strony nowego przetworu. Mówiąc o historycznym jego rozwoju na pierwszem miejscu wypada przytoczyć stwierdzenie Pinkusa, Kollego i Ericha Hoffmanna, że przetwór nowy jest identycznym z odkrytym i otrzymanym w krystalicznej formie przez Ehrlicha w r. 1908/9 połączeniem, które on wtedy uznał za nieodpowiednie do leczenia kiły ludzkiej, a to ze względu na jego wybitną jadowitość wobec myszy, i ze względu na ujemne doświadczenia poczynione z trującym czasami silnie atoxylem. Środek ten, wyrabiany obecnie dla celów handlowych przez wytwórnię chemiczną w Hoechst pod nazwą »spirocid« nie jest więc niczem innem, jak stovarsol francuski.

Mimo to nawet E. Hoffmann przyznaje, że niezaprzeczoną zasługą Levaditiego jest i pozostanie ponowne wprowadzenie i rozpowszechnienie przetworu, którego podawanie jest tak wygodne, a działanie przeciwkiłowe tak wybitne. Polemika zaś toczyła i toczy się głównie o to działanie, któremu Levaditi przypisuje największe znaczenie, to jest o unicestwienie zakażenia jadem kiłowym, który wtargnął do ustroju.

Cały pierwszy komunikat Levaditiego poświęcony jest zapobieganiu kile, doświadczenia swoje na zwierzętach wykonywał on w ten sposób, że króliki zakażał przez skaryfikację skóry na mosznach materjałem, obfitującym w krętki i podawał im następnie po upływie 2—24 godzin stovarsol w pokarmie, w dawkach po 1,4, 0,33, 0,25 i najniżej 0,1 na kilogram wagi zwierzęcia, podczas gdy zwierzęta kontrolne, szczepione równocześnie, wykazywały po prawidłowym okresie wylęgania choroby, a więc po 22, 24 i 28 dniach typowe zmiany kiłowe, zwierzęta chronione stovarsolem nawet po dłuższym okresie czasu na kiłę nie zapadły. Te i dalej idące doświadczenia L. Fourniera w szpitalu Cochin'a, który nawet przez podanie stovarsolu w 7 dni po zakażeniu doświadczalnem zdołał zapobiec wystąpieniu choroby, zachęciły Levaditiego do ryzykownego powtórzenia takichże prób na ludziach. Skorzystał przytem z dobrowolnej oferty dwóch ludzi, którzy pozwolili, aby im śródskórnie zaszczepiono jad kiłowy. U obu wykluczono przedtem przez wywiady i przez odczyn Wa przebycie kiły. I tutaj wyniki były zupełnie dodatnie, bo żaden z tych dwóch osobników, zażywszy w $2^1/_2$ i w 16 godzin, względnie w 5 godzin po zakażeniu po 2 gr stovarsolu, na kiłę nie zapadł, podczas gdy równocześnie i tym samym materjałem dokonane szczepienia kiły na małpach gatunku Macacus doprowadziło do wystąpienia w 10, względnie 11 dni zmian swoistych obfitujących w krętki. Do tych przekonywujących doświadczeń przyłączyć można 21 spostrzeżeń, dokonanych przez Fourniera na ludziach, którzy narazili się na zakażenie kiłą *in coitu*, i u których zakażenie było conajmniej wielce prawdopodobne wedle wywiadów. Wynikiem podawania tym osobnikom stovarsolu w ilościach od 2—7 gr w dawkach po 1 gr dziennie było pozostanie ich w zdrowiu zupełnem, chociaż bezwątpienia jeśli nie wszyscy, to pewna ilość z pośród nich byłaby na kiłę zapadła.

Wszystkie te spostrzeżenia w zakresie zapobiegania kile przytoczyć należy z dwóch względów: po pierwsze dlatego, że podanie stovarsolu *per os* jest znacznie łatwiejszem i wygodniejszem, niż wstrzykiwanie przetworów salwarsanowych śródżylnie dla zapobieżenia kile.

Skuteczność takiego wstrzyknięcia w okresie wylęgania jest coprawda wykazaną przez M a g i a n a z Manchester, który doświadczenie to wykonał na samym sobie, i przez L a c a p e r a, F o u r n i e r a i G u é n o t na osobnikach, szukających porady w podobnej obawie.

Łatwiej jest namówić ludzi takich do zażycia leku, niż do chociaż nieszkodliwego zabiegu, i łatwiej bezwątpienia przeprowadzić takie leczenie zapobiegawcze niepostrzeżenie u ludzi, u których nie byłoby wskazanem mówić na razie o możliwości zakażenia, n. p. u ciężarnej żony chorego kiłowego.

Drugim powodem, dla którego warto profilaktyce kiły stowarsolem poświęcić kilka słów, przytaczając spostrzeżenia obce jest to, że klinika krakowska nie dała nam materjału, na którym możnaby doświadczenia tamte sprawdzić.

Rozważając tę sprawę teoretycznie, można z naciskiem podkreślić zastrzeżenia E. H o f f m a n n a, że rozpowszechnienie stowarsolu dla zapobiegania kile mogłoby z łatwością doprowadzić do zaniedbania profilaktyki miejscowej, której wykonanie (stosowanie maści rtęciowych) przypomina odrazu zakraplanie zapobiegawcze soli srebrowych do cewki.

Dalej, mimo dzielności stowarsolu, trudno znaleźć możliwość używania go zapobiegawczo tam, gdzie mógłby oddać najznamienitsze usługi t. j. u prostytutek, bo wprowadzenie go tam mogłoby doprowadzić, a nawet musiałoby się równać arsenofagji nawykowej, napewno nie obojętnej. W przypadkach sporadycznych obawy o zakażenie, podanie stowarsolu jeden lub kilka razy jest bezwątpienia wskazane; tem bardziej u lekarzy, którzy podejrzywają możliwość zakażenia się w czasie jakiegoś zabiegu operacyjnego lub zetnięcia się z chorym na kiłę.

II.

Ponieważ materjał nasz ciągle, a w tym roku bardziej jeszcze niż kiedykolwiek, jest bogaty w przypadki kiły różnych okresów, przedewszystkiem kiły świeżej, więc nietrudno było u pewnej ilości chorych wypróbować stowarsol, jako środek leczniczy. Podawaliśmy wyłącznie ten środek, bez równoczesnego leczenia rtęcią lub bizmutem, a liczba chorych w ten sposób leczonych wynosi sześćdziesiąt.

Nie znając ewentualnych działań ubocznych nowego środka podawaliśmy go wyłącznie chorym, pozostającym stale w klinice pod ściślejszą obserwacją. Dla oceny zaś skuteczności środka posługiwaliśmy się, jak zwykle, ogólnie przyjętemi trzema sprawdzianami: zachowaniem się krętków bladych, zachowaniem się zmian klinicznych i zachowaniem się odczynu Wassermanna wśród leczenia i po leczeniu. Wyniki spostrzeżeń naszych mogą tem bardziej posłużyć do uzasadnionej oceny skuteczności stovarsolu, że prawie wszystkie nasze przypadki, to przypadki kiły przedtem nie leczonej, obraz więc tak kliniczny, jak i serologiczny nie jest zmącony śladami dawniejszego przebiegu choroby. Rozumie się, że możemy mówić tylko o wynikach doraźnych, nie przesądzając przyszłości chorych.

Wśród przypadków kiły świeżej mieliśmy pokaźną liczbę 17 chorych, u których można było stwierdzić zmianę pierwotną albo samą, albo już w połączeniu ze zmianami wtórorzędnemi. Tam, gdzie zmiana pierwotna była sama, gdzie więc badanie na krętki było konieczne dla ustalenia rozpoznania, oraz tam, gdzie — przy już istniejących zmianach wtórorzędnych — zmiana pierwotna była dostępną, szukaliśmy krętków bladych w świeżym preparacie w ciemnem polu. Podobnie badaliśmy kilka przypadków kiły wtórorzędnej, w której zmiany sączące dały materjał do badania. Wynik tych poszukiwań był we wszystkich przypadkach najzupełniej zgodny, bo znajdywane w pierwszym i drugim dniu leczenia krętki, czasem w znacznej ilości, znikały po upływie 48 godzin od podania pierwszej dawki i przy późniejszem badaniu w żadnym przypadku się więcej nie zjawiły. Działanie na krętki blade nie jest więc tak szybkie, jak działanie przetworów arsenobenzolu podanych drogą śródżylną, po których krętki zwykle znikają do 24 godz.; wśród naszych przypadków niema też ani jednego takiego, jaki podaje O p p e n h e i m, który w godzinę po podaniu chorej trzech tabletek stowarsolu nie mógł w wydzielinie zmiany pierwotnej stwierdzić krętków. Skuteczność jednak stowarsolu w kierunku unieszkodliwienia zmian sączących, będących zwykle źródłem dalszych zakażeń, jest niewątpliwa i działanie jego wydaje się pod tym względem dosyć pewne.

Wykonywane w kilku przypadkach badanie co godzinę, a później co 24 godzin, stawało się wkrótce po zniknięciu krętków z powierzchni zmiany sączącej niemożliwe, bo zwykle w dalsze 48 godz. lub najdalej po 5 dawce stowarsolu zmiana pierwotna zaczynała się od brzegów pokrywać przyskórkiem i proces powierzchownego gojenia się postępował dosyć szybko, choć nie we wszystkich przypadkach równomiernie. Długo, bo czasem aż do 4 tygodnia leczenia utrzymywał się wyczuwalny twardy naciek guzka pierwotnego. Naogół jednak można powiedzieć, że unieszkodliwiona dla otoczenia w pierwszych dwóch dniach zmiana pierwotna, po upływie jednego tygodnia znajdywała się w okresie szybkiego wchłaniania.

Nieco dłużej trwał proces gojenia się dwóch zmian pierwotnych w ustach, a mianowicie na migdałkach. Obaj chorzy, o których mowa, zgłosili się do leczenia już w okresie kiły drugorzędnej, z guzkowo-plamistą wysypką, gęsto rozsianą na tułowiu i kończynach. Sam wygląd rozpadłej zmiany, usadowionej jednostronnie na migdałku powiększonym i naciekłym, uprawniał do rozpoznania jej, jako pierwotnej, rozpoznanie to zaś utwierdzał widoczny i wyczuwalny pakiet twardych gruczołów chłonnych u kąta szczęki dolnej po tej samej stronie szyi. W jednym z tych przypadków udało się też z łatwością wykazać bardzo liczne typowe krętki blade w wydzielinie z powierzchni zmiany. Pod wpływem codziennych dawek stowarsolu zmiana zaczęła się po 7 dniach oczyszczać z brudnego nalotu, zaś dopiero po dalszych 7 dniach, gdy gruczoły chłonne znacznie się zmniejszyły i migdałek przybrał wygląd prawidłowy, można było uważać ją za wygojoną.

Stałość okresu 48 godzinnego stwierdzić można było również przy spostrzeganiu wpływu stowarsolu na zmiany kiły wtórorzędnej, a mianowicie na wczesną, gęstą osutkę plamistą tego okresu. Pojawiał się tutaj bowiem regularnie po upływie wymienionego czasu wyraźny odczyn J a r i s c h-H e r x h e i m e r - Ł u k a s i e w i c z a; osutka nabierała zwykle charakteru ostrzejszego, a plamy żywo czerwone występowały wyraźnie, wznosząc się skutkiem miejscowego obrzęku nieco ponad powierzchnię otoczenia. Czasem znów wpływ pierwszych dawek ujawniał dopiero osutkę, początkowo niedostrzegalną, wywołując w jej rozsianych ogniskach ostry odczyn. Odczyn ten słabł szybko i znikał po dalszych 49 godzinach, a był zwykle zapowiedzią szybkiego ustąpienia osutki wogóle.

Spostrzegano to również, aczkolwiek w znacznie słabszym stopniu w osutkach guzkowych. Zmiany wtórorzędne guzkowe suche zachowywały się wobec stowarsolu nieco oporniej. Powierzchowne ich złuszczanie się n. p. w osutce łuszczycowej, oraz wessanie się ich nacieków wymagało dłuższego czasu. Chociaż i ten rodzaj osutek dawał wyraźny odczyn J.-H.-Ł. jednak zupełne wessanie się guzków można było stwierdzić dopiero po 20 dawkach stowarsolu, a więc po trzech tygodniach.

Natomiast znacznie lepiej i szybciej oddziaływały wszystkie nacieki kiły wtórorzędnej, okazujące jakąkolwiek skłonność do powierzchownego rozpadu tkanki, a więc zastrupiałe guzki, osutki ospowate i dyfterytyczne guzki w miejscach wystawionych na macerację powierzchownych warstw przyskórka przez normalnie gromadzącą się tam wilgoć, a więc w fałdach skóry. Oddzielanie się strupów, pokrywanie się pozostałego powierzchownego ubytku cienkim przyskórkiem, wchłanianie się nacieku i zejście jego z pozostawieniem delikatnego zaniku następowało w tych przypadkach szybko, tak, że postęp gojenia się można było notować

z dnia na dzień. Nawet zlewające się w większe powierzchnie, sączące i wybujałe guzki, usadowione n. p. na wewnętrznej powierzchni ud, oczyszczały się szybko od brzegów ku środkowi i równie szybko przechodziły przez wymienione stadja. Wszystkie te typy guzków kiły wtórorzędnej goiły się z pozostawieniem ciemnych, brunatno-czarnych plam barwikowych. Powstawanie barwika i jego pozostawanie przez czas dłuższy było czemś spodziewanem po stosowaniu przetworu arsenu; zgodnie z tem, czego oczekiwano, barwik ten pozostawał na bardzo długo w miejscach wessanych guzków osutki typu łuszczycowego; wbrew spodziewaniu jednak szybko, bo mniej więcej w dwa tygodnie po zaprzestaniu leczenia przebarwienia te znikały w miejscach nacieków sączących i zlewających się ze sobą, ustępując tam miejsca barwie skóry prawidłowej.

Obok przebarwień w miejscach nacieków, które ustąpiły, zauważyć można było u chorych leczonych stowarsolem wyraźną naogół skłonność do siatkowato rozmieszczonych plam odbarwionych, do *leucoderma syphiliticum*.

Niejednokrotnie bielactwo to występywało już w krótki czas po rozpoczęciu leczenia n p. po dwóch tygodniach, czasem po czterech tygodniach. Widzieliśmy też rozszerzanie się bielactwa już po zaprzestaniu leczenia z miejsc typowych (z szyi), na cały tułów.

Wśród przypadków naszych mało widzieliśmy kiły trzeciorzędnej. I na kilaki jednak, leczone tym sposobem stowarsol wywierał wpływ widoczny, choć nieco powolny. Zmniejszanie się nacieków nie postępowało tutaj szybciej, niż n. p. przy leczeniu rtęciowem, co odpowiada zresztą utkaniu, wymagającemu dłuższego czasu do ustąpienia.

Porównanie tych klinicznych skutków z wynikami osiągniętemi w Paryżu i Wiedniu przez Clément Simon'a i Oppenheima doprowadza do wniosku, że nie są one tak znakomite, jakby kazały oczekiwać dane, zawarte w pracach wymienionych autorów. Nie widzieliśmy coprawda, jak Oppenheim w jednym ze swych przypadków, występowania świeżych wykwitów kiły drugorzędnej wśród leczenia, jednak stowarsol nie działał u nas z taką szybkością, jak w przypadkach Oppenheima. Spostrzegał on między innemi odczyn J.-H.-Ł. już w 3 godziny, a częściej w 24 godzin po podaniu pierwszej dawki; zasklepianie się zmiany pierwotnej już w 24 godzin po pierwszej dawce, znikanie krętków — jak wspomniano — w 1—24 godzin. Mimo to jednak wyniki kliniczne w naszych przypadkach były tak wyraźne, że bez wahania możemy zgodnie z Weitgasserem, z kliniki dermatologicznej w Gracu stwierdzić bardzo wybitne dermotropowe działanie nowego przetworu, działanie dla czysto klinicznego unieszkodliwienia i usunięcia zmian zupełnie wystarczające i dostatecznie energiczne. Działanie takie potwierdza nawet E. Hoffmann, nieco sceptycznie się zapatrujący na ryzykowne próby i nowe sposoby leczenia; nie przyznaje on jednak nic więcej, nie uważając się za uprawnionego do przeprowadzenia leczenia kiły wczesnej stowarsolem wobec dowiedzionej skuteczności na dalszą metę starych wypróbowanych leków.

Z działaniem na objawy choroby łączą się ściśle skutki leku, które przywykliśmy nazywać działaniami ubocznemi. Takie działanie uboczne obojętne lub szkodliwe, mogliśmy spostrzegać i na naszym materjale, jak z góry jednakowoż należy zauważyć, w bardzo nielicznych przypadkach. Czy bole głowy występujące często, tak w okresie wylęgania kiły, jak i przed rozsianiem się jadu i wystąpieniem osutki, należy lub możnaby uważać za wpływ uboczny leku, o ile wystąpią po jego podaniu, to pytanie trudne do rozstrzygnięcia i może niezbyt ważne, choć niejeden autor (Leredde) przed niemi ostrzega. Do objawów stojących na pograniczu między działaniami ubocznemi pierwszego, a drugiego rodzaju należy objaw taki, jak wysokie wzniesienie się ciepłoty ciała. Wysoką, dochodzącą do 40° C i przekraczającą tę miarę gorączkę znajdowaliśmy w znacznej ilości, bo w 1/3 naszych przypadków; występowała ona w 10—12 godzin po pierwszej dawce stowarsolu i ustępowała zwykle na drugi dzień bez śladu. Czasem, choć niezawsze, poprzedzała ona wystąpienie odczynu J.-H.-Ł. i szczególnie w tych przypadkach dałaby się wytłumaczyć jako »burza endotoksyn, wyzwolonych przez obfity rozpad krętków« (Weitgasser), analogicznie do gorączki po salwarsanie. Tłumaczenie to słuszne w przypadkach z osutką obfitą i świeżą, już nie całkiem zadowala przy istnieniu zmian wtórorzędnych, z rzadka rozsianych i nielicznych. Zawodzi zaś w odniesieniu do jednego z naszych przypadków, w którym gorączka powtarzała się napadowo w odstępach co 4 dni, przez 3 tygodnie. Jakiekolwiek jednak jest znaczenie podniesienia się, choćby gwałtownego, ciepłoty po pierwszych dawkach, to według naszych spostrzeżeń jest ono zjawiskiem dla chorego dość obojętnem.

Ważną natomiast przeszkodą w rozpoczęciu, względnie przeprowadzeniu leczenia mogą stać się zaburzenia żołądkowe. Są one rzadkie.

W jednym z naszych przypadków opinja internistów, podejrzewających istnienie wrzodu żołądka, zmusiła nas do zaprzestania podawania stowarsolu po kilku dawkach, w drugim zaburzenia żołądkowe — bole i wymioty — przeszkadzały i powodowały przerwy w leczeniu.

Tutaj jednak istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pytania skierowane do chorej, a dotyczące stanu jej trawienia wywołały te zaburzenia, niespowodowane żadnem schorzeniem żołądka, ani bezpośrednim wpływem leku.

Przypuszczenie to jest uzasadnione tem, że ta sama chora, po wypuszczeniu jej z kliniki, wróciła za kilka dni z rozległemi zmianami na skórze pochodzenia niewątpliwie urazowego, a mającemi naśladować objawy ogólnego zapalenia skóry, które istniało u jej sąsiadki z sali chorych. Mogła więc istnieć u niej *pathomimia* w obu kierunkach.

Z ubocznych działań stowarsolu zanotować należy między innemi opryszczki, które pojawiały się u niektórych chorych na wargach bezpośrednio po gorączce, a więc mogły być tłumaczone jako opryszczki gorączkowe, u innych n. p. na małżowinie usznej, jako opryszczki arsenowe. Przebieg tego błahego objawu był prawidłowy. Natomiast poważniejsze znaczenie miał spostrzegany raz jeden przypadek ogólnego zapalenia skóry o typie podobnych schorzeń po salwarsanie. Kilka szczegółów z przebiegu tego schorzenia zasługuje na uwagę:

J. J. 24-letnia, przyjęta dnia 27. X. 1924 z osutką plamistą świeżą i niedowładem nerwu twarzowego prawego. O. Wa 28. X. silnie dodatni. Po 8 dawkach, pobrawszy w całości 5 gr stowarsolu, chora dostała guzkowo-plamistego rumienia, który zaczął się na podudziach i rozszerzył się na cały tułów.

Towarzyszyło mu nieznaczne podniesienie ciepłoty, które wraz z rumieniem ustąpiło w przeciągu 3 dni. Po jednej dawce dalszej rumień powrócił, przybierając wygląd pokrzywki ogólnej. Po usunięciu zaparcia stolca ustąpił ponownie, tym razem na przeciąg 10 dni. Dopiero w 26 dniu pobytu chorej w klinice po ogólnej dawce stowarsolu 13,50 gr, wystąpiła u chorej wysypka o typie wysypki szkarlatynowej, rozprzestrzeniająca się szybko z kończyn górnych i twarzy na skórę całego ciała.

Wysypka ta, zupełnie podobna do osutki lekowej, spostrzeganej czasem po salwarsanie, miała na stronie wyprostnej kończyn dolnych charakter osutki liszajowatej.

W krótkim czasie w przeciągu 4 dni zaledwie, zaczerwienienie skóry przeszło w zaczerwienienie rozlane i skóra zaczęła się łuszczyć szczególnie w fałdach. Dość silny obrzęk twarzy, nieżyt spojówek, gdzieniegdzie przeczosy, szczególnie w kącikach ust, dopełniały obrazu typowej *erythrodermia desquamativa*, która objęła także skórę owłosioną głowy. Przebieg schorzenia był stosunkowo łagodny, bo do sączenia doszło jedynie w przegubach łokciowych skutkiem drażnienia środkami odkażającemi przy wstrzykiwaniach dożylnych podsiarczynu sodowego. Nie doszło też do wyłysienia owłosionych części skóry a jedynie do przejściowego wypadania włosów. Ciepłota początkowo dochodząca do 38°, po kilku dniach spadła do normy. Chora dostała w ciągu 3 tygodni dziewięć wstrzykiwań *natrium hyposulfurosum* i równo po upływie czterech tygodni zaburzenie mogło być uważane za usunięte.

Chodziło tu niewątpliwie o zapalenie skóry wywołane przetworem arsenu, analogiczne do takich zmian po salwarsanie, nieco jednak od nich w swem przebiegu łagodniejsze. Spowodowane ono zostało nie przez nadmierne zwiększenie dawki, bo ta była niżej normy dawki ogólnej, przez nas u innych chorych stosowanej, i nawet znacznie poniżej normy, uznawanej za dawkę leczniczą przez autorów francuskich; możnaby wystąpienie tego zaburzenia wytłumaczyć raczej swoistem wzmożeniem czułości ustroju na organiczne połączenia

arsenu, tem bardziej, że poprzedziły je już po całkiem drobnych dawkach zwiastuny w postaci rumienia i pokrzywki przelotnej. Wydalanie arsenu z ustroju odbywało się w tym przypadku prawidłowo, a badanie chemiczne złuszczającego się przyskórka nie wykazało nawet, jakby oczekiwać należało, arsenu; w każdym więc razie nie chodziło o nadmierne jego gromadzenie się w powierzchownych warstwach skóry. Gdy tylko miejscowe warunki t. j. sączenie i t. d. w przegubie łokciowym na to pozwoliły, pobrano krew na O. Wa. Wynik jego był 9. I. ujemny. Jest to zgodne zupełnie z wyrażanemi często w piśmiennictwie poglądami, że ogólne zapalenie skóry po środkach arsenowych ma jeden przynajmniej skutek pożądany, a mianowicie wywiera wpływ dobroczynny na dalszy przebieg kiły. Pogląd ten wypowiedziany jak wiadomo, przez Buschkego i Freymanna, został nieco osłabiony przez innych autorów. Levi na 9 przypadków osutki salwarsanowej w trzech stwierdził nawrót kliniczny o dodatnim O. Wa., Kleinschmidt w Essen stwierdził podobnie na 19 przypadków w 10 uporczywe utrzymywanie się dodatniego O. Wa, a w dwóch nawroty kliniczne, — wreszcie Stümpke tylko cztery przypadki z ogólnej liczby jedenastu mógł po dłuższej obserwacji uznać za wolne od nawrotów. Pod naciskiem tych wyników musiał Buschke zmienić swój pogląd i przyznać, że nie zawsze można mówić o bezwzględnie korzystnym wpływie osutek lekowych na schorzenie główne; ale że przeciwnie czasem wpływ tych osutek może być wręcz niekorzystny, z przyczyn nam nieznanych, może analogicznych do zjawiska, że jeden i ten sam bodziec zależnie od swej siły i sposobu zadziałania różne wywołuje skutki. Te różne zdania są w każdym razie ostrzeżeniem, aby z wystąpieniem osutki lekowej nie stawiać bez wahania korzystnego rokowania co do możliwości wystąpienia zaburzeń metakiłowych w ośrodkowym układzie nerwowym w szczególności i co do dalszego przebiegu kiły wogóle. Tem mniej można mówić o całkiem korzystnym wpływie osutki toksycznej w naszym przypadku, w którym mimo ujemnego O. Wa. i zupełnego ustąpienia zmian skórnych, utrzymywał się niedowład nerwu twarzowego. Że przebycie ogólnego zapalenia skóry nie wyklucza dalszego leczenia środkami arsenowemi, za tem zdaje się świadczyć spostrzeżenie E. Hoffmanna, który u chorej po osutce wywołanej stowarsolem przeprowadził bez niepożądanych zaburzeń pełne leczenie salwarsanem.

Opisane ciężkie i ogólne zapalenie skóry po stowarsolu nie pozostało jedynem w serji naszych doświadczeń. Drugi przypadek, lżejszy, dotyczył 31-letniego mężczyzny, leczonego z powodu nawrotowej wysypki plamisto-guzkowej z odczynem Wa silnie dodatnim. U chorego tego po ośmiu dawkach (7 g Stowarsolu) wystąpiła gorączka wahająca się od 38,2 do 39,2^{0} i ostre zaburzenia żołądkowo-jelitowe, a po 36 godzinnem trwaniu gorączki obfita pokrzywka. Bąble pokrzywki po dalszych 24 ech godzinach ustąpiły z twarzy, na tułowiu natomiast i kończynach spłaszczyły się, tak, że obraz na skórze przybrał postać *erythema figuratum.* Wśród gorączki dochodzącej do 40,5^{0} w 4 dniu schorzenia pojawiły się bardzo liczne drobne wybroczynki, aż wreszcie po 6 dniach osutka ta różnopostaciowa znikła zupełnie i chory wrócił do prawidłowego stanu. Podana ponownie po kilku dniach dawka 1 gr stowarsolu nie wywołała żadnych podobnych objawów ubocznych, prócz krótkotrwałego podniesienia ciepłoty. Osutkę w drugim przypadku musi się chyba niewątpliwie zaliczyć do rzędu osutek lekowych, i uważać ją za zajmującą z tego względu, że da się zestawić z przypadkiem opisanym przez Schwartza. Chodziło tam o wybitną nadwrażliwość ustroju na stowarsol, nadwrażliwość która objawiła się już po zażyciu małej dawki 0,25, podanej w celach profilaktycznych. W obu przypadkach, chory zażył coprawda jednorazowo piramidon, wątpliwość jednak co do tego czy osutka nie została przez ten właśnie lek spowodowana, nie wydaje mi się zbyt poważna, bo w przypadku Schwartza pierwsze objawy schorzenia w postaci silnie swędzącej, gdzieniegdzie pokrzywkowej wysypki, ukazały się już w trzy godziny po dawce stowarsolu, u mojego chorego zaś objawy zatrucia żołądkowo-jelitowe, pierwsze zwiastuny jak się później pokazało, schorzenia skórnego, wystąpiły znacznie wcześniej, na dwa dni przed podaniem piramidonu jako leku objawowego. Chory z przyczyn od nas niezależnych musiał klinikę opuścić tak wcześnie, że nie mogliśmy ani spostrzegać dalszego przebiegu, ani kontrolować odczynu Wassermanna.

Z wpływem tych zaburzeń na O. Wa. i na rokowanie wogóle, łączy się ściśle zagadnienie działania stowarsolu na odczyn serologiczny. I tutaj możemy mówić tylko o wynikach doraźnych z powodu nieco krótkiego czasu obserwacji chorych wśród leczenia i po leczeniu. Z zestawienia 43 przypadków które do oceny tego wpływu się nadają, i w których O. Wa. był badany co tydzień, a wyjątkowo tylko co dwa tygodnie, wynika ogólnie, że w 21 po ukończeniu leczenia otrzymano O. Wa. ujemy. Bardziej pouczającym jednak niż ta ogólna cyfra jest podział przypadków, zależnie od okresu kiły. Otóż na 15 przypadków kiły wtórorzędnej nieco późniejszej, w których istniał już tylko ślad po przebytej zmianie pierwotnej albo nawet tego przy szczegółowem badaniu już stwierdzić nie było można, w 3 osiągnięto O. Wa. przejściowo ujemny, w pięciu zaś O. Wa ujemny, jak się zdaje, definitywnie. Na 14 przypadków kiły wtórorzędnej bardzo wczesnej, w których obok osutki istniała jeszcze zmiana pierwotna, w pięciu przypadkach O. Wa. przeszedł z dodatniego w ujemny. Z pięciu przypadków zmian pierwotnych z dodatnim O. Wa. trzy przy ukończeniu leczenia wykazały odczyn ujemny. Ośm przypadków zaś zmian pierwotnych z których O. Wa. z początku był ujemny, ukończyło leczenie z odczynem również ujemnym. Jeden z nich w ciągu leczenia wykazał jednorazowo przejściowe wychylenie odczynu ku fazie dodatniej, siedem zaś przez cały czas leczenia i okres spostrzegania po leczeniu pozostało ujemnemi. Z zestawienia tego wynikałoby, że im wcześniejszy okres kiły, tem większe prawdopodobieństwo utrzymania odczynu w stadjum ujemnem lub przeprowadzenia go w ujemne przez leczenie stowarsolem w odpowiednich dawkach. Chyba w tym sensie możnaby zrozumieć zdanie Leredde'a, który ogólnikowo powiedział, że »jak wiadomo najłatwiej jest wpłynąć leczniczo na bardzo wczesne okresy kiły«, zdanie, z którem zresztą nikt kto zna trudności i zagadki t. zw. poronnego leczenia kiły, tak łatwo się nie zgodzi. Czy siedem wymienionych przypadków zmian pierwotnych będzie można uważać za rzeczywiście wyleczone poronnie, to tylko dłuższa obserwacja chorych będzie mogła rozstrzygnąć.

Przed nazbyt kuszącemi złudzeniami pod tym względem ostrzega choćby przebieg przypadku, który mi świeżo stoi w pamięci i który właśnie dlatego, że był leczony wedle ogólnie przyjętego planu salwarsanem i rtęcią zasługuje na omówienie w kilku słowach.

U 42-letniego mężczyzny rozpoznano klinicznie zmianę pierwotną i po stwierdzeniu niewątpliwem krętków bladych rozpoczęto leczenie. Chory w ciągu ośmiu tygodni otrzymał ośm dawek novarsenobenzolu Billon-Spiess, w sumie 4,65 oraz zrobił 40 wcierań. Wcierania zastosowano dlatego, ponieważ nie można było wymóc na chorym regularnego pojawiania się częściej niż raz na tydzień. Leczenie to chory rozpoczął i ukończył z O. Wa. ujemnym, w czasie leczenia zaś zmian skórnych nie było. W sześć tygodni po ukończeniu pierwszego, rozpoczęliśmy leczenie drugie, wedle Rosta zabezpieczające, również przy odczynie Wa. ujemnym. I oto po 14 wcieraniach i dwóch dawkach novarsenobenzolu (0,45 i 0,6) pojawiła się guzkowa wysypka kiłowa, a odczyn Wassermanna, badany później wypadł dodatnio.

Ten nawrót kiły w okresie leczenia, w którym trudno byłoby się go spodziewać i to po dość intenzywnem, jakby się zdawało, stosowaniu salwarsanu, usposabia dość krytycznie wobec wszelkiego rokowania; z drugiej strony doświadczenie to z salwarsanem, więcej niż rzadkie, skłania jednak raczej do łagodnej oceny tych przypadków, w których jakiś nowy niewypróbowany sposób leczenia zawodzi lub niezupełnie zadowala.

Wśród przypadków kiły wtórorzędnej, w których stowarsol okazał się klinicznie bardzo zadowalającym, wybija się jeden, zajmujący ze względu na objawy ze strony układu

nerwowego ośrodkowego. Chory 25-letni z blizną świeżą po zmianie pierwotnej i gęstą osutką plamistoguzkową podał przy pierwszem badaniu, że zauważył pewne upośledzenie słuchu. O. Wa we krwi silnie dodatni. Nakłucie lędźwiowe wykazało duże ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, a w płynie stwierdzono pleocytozę 750 w 1 cm^3, odczyn Nonne-Apelta dodatni i odczyn Wassermanna silnie dodatni. Wśród leczenia stowarsolem objawy kliniczne ustąpiły, słuch się poprawił, a dokonane po upływie miesiąca (po 30 g stowarsolu) powtórne nakłucie lędźwiowe dało płyn, w którym pleocytoza (mimo drobnej domieszki krwi) wynosiła tylko 26 w 1 cm., odczyn Pandyego i odczyn Nonne-Apelta był słabo dodatni, odczyn Wa zaś ujemny. Nadmienić trzeba, że tak jak w wielu innych, tak i w tym przypadku O. Wa. we krwi pozostał i po ukończeniu leczenia dodatnim. Wpływ leczenia jednak na objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego był nietylko korzystny, ale i zdumiewająco szybki. Znamiennem jest, że u tegoż chorego stwierdzono w płynie przy drugiem nakłuciu 0,002 arsenu w 20 cm^3 płynu.

Wpływ leczenia stowarsolem na odczyny serologiczne, przedstawiony wyżej cyfrowo, okazuje się naogół podobnym do tego, jaki przedstawił K r ö s l mówiąc na LXXXV Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Innsbrucku o swoich wynikach na podstawie 73 przypadków. I u niego 16 przypadków kiły w okresie pierwszym wykazało odczyn Wa. zgodnie ujemny przez cały czas i z końcem leczenia, tak jak przed jego rozpoczęciem. Natomiast w kile wtórorzędnej na odczyn Wa z początku dodatni nie udało się wogóle wpłynąć i zmienić go w ujemny.

Podobnie L e h n e r i R a d n a i w poliklinice budapeszteńskiej doszli do wniosków ujemnych co do wpływu stowarsolu na O. Wa, a stosowanie go w kile seronegatywnej uważają wprost za niedopuszczalne. Z tym stanowczym sprzeciwem trudno się zgodzić po naszych doświadczeniach w leczeniu zmian pierwotnych z O. Wa ujemnym, oraz po wynikach K r ö s l a. Nieco przychylniej zapatrują się na tę sprawę B r u h n s i P i c a r d, choć i oni u własnych chorych spostrzegali n. p. w kilku przypadkach bardzo powolne działanie leku. Krętki znikały przeciętnie po podaniu 11,2 pastylek, w 3 przypadkach dopiero po 21, 24 i 27 pastylkach a więc po 5,25 do 6,75 g stowarsolu. Niski odsetek ujemnych O. Wa po leczeniu (tylko 6 na 27) skłania autorów tych do sceptycyzmu i do warunkowego tylko uznania nowego leku, głównie w zakresie profilaktyki.

Porównanie wyników naszych z przypadkami C l è m e n t S i m o n a, ogłoszonemi w pracy o wpływie treparsolu na odczyn Wa w kile wypada bez wątpienia na korzyść jego. Otrzymał on w 23 z ogłoszonych 30 przypadków O. Wa ujemny, przeważnie w siódmym, czasem jednak dopiero w ośmnastym lub dwudziestym tygodniu po rozpoczęciu leczenia. Z drugiej strony nasze wyniki są znacznie pomyślniejsze dla chorych, niż wyniki W e i t g a s s e r a w Gracu, który w żadnym przypadku nie doprowadził do O. Wa ujemnego, przeciwnie przy leczeniu zmiany pierwotnej z odczynem ujemnym doczekał się przejścia odczynu w dodatni, i już na podstawie kilku zaledwie przypadków wysnuwa wnioski dla stowarsolu zupełnie niekorzystne.

Przy porównaniu naszych wyników z zestawieniami C l è m e n t S i m o n a uwzględnić należy przedewszystkiem, że środek przez niego używany był nieco od stowarsolu odmienny, był mianowicie połączeniem formylowem kwasu acetyloxyaminofenilarsenowego. Jak autor twierdzi połączenie to jest udoskonaleniem preparatu. Dla definitywnej oceny działania stowarsolu na odczyn Wassermanna należy w każdym razie czekać dłużej i śledzić za zachowaniem się tego odczynu przez kilka tygodni po zaprzestaniu leczenia. Wszak wiadomo z doświadczeń zrobionych z wielu przetworami bizmutu, że odczyny serologiczne dodatnie utrzymują się nieraz bardzo długo po ukończeniu leczenia, które ze względu na ogólną dawkę i na wynik czysto kliniczny musi się uznać za wystarczające. Wreszcie wypada wspomnieć i o tych przypadkach, w których dodatni odczyn Wa oporny wszelkiemu leczeniu pozostaje zawsze dodatnim, tak, że najsumienniejsi lekarze są zmuszeni skapitulować i wyrzec się ostatecznego serologicznie pomyślnego wyniku swych zabiegów. Rezygnacja ta znalazła trafny wyraz w słowach F i n g e r a, który ocenia taki odczyn nieustępliwy raczej za błąd kosmetyczny, chorych zaś za wyleczonych. Z chorych naszych niezbyt duży odsetek, jak to zwykle bywa, zgłaszać się może do stałej kontroli po ukończeniu leczenia. U tych, którzy zgłaszają się co tydzień lub co dwa tygodnie wykonuje się odczyn Wassermanna stale; jest wśród nich trzech, których leczono z powodu kiły wtórorzędnej i u których odczyn Wa bezpośrednio po ukończeniu leczenia dodatni, przeszedł po ośmiu wzgl. dziesięciu tygodniach przerwy w ujemny.

Wyniki leczenia, szczególnie zaś zachowanie się odczynów serologicznych, łączą się ściśle z zagadką samowyleczenia kiły, szeroko i długo omawianą. Samowyleczenie to jest bezwątpienia rzadkie, i siły obronne ustroju do zwalczania jadu kiłowego, rozpowszechnionego w ustroju, zwykle są niewystarczające. Świadczy o tem brak, względnie rzadkość nadzwyczajna spostrzeżeń powtórnego zakażenia — reinfekcji — tego najbardziej a właściwie jedynie przekonywującego dowodu wyleczenia raz przebytej kiły, z okresu przed salwarsanem. Spółczynnik ustrojowy jednak działający w kierunku samoleczenia kiły, jest bardzo ważnym i w dłuższym okresie czasu skutecznym. Wskazać wypada tylko na spostrzeżenia L e s s e r a, że chorzy leczeni rtęcią w niewystarczających dawkach, tacy n. p. którzy przebyli tylko jedno leczenie, wykazują w późnym okresie choroby, w 5—10 lat po zakażeniu, prawie równo często odczyn Wa ujemny jak chorzy leczeni wydatnie, bo cztery razy z rzędu. Spostrzeżenia te uzupełniają S c h o l t z i W i i m e r, wykazując że odczyn Wa tem częściej wypada ujemnie, im później się go wykonuje i wysnuwają z tego wniosek, że u pewnej ilości osób zakażonych, które na razie rtęcią wyleczone nie zostały, odczyn Wa spontanicznie stał się ujemnym. Spostrzeżenia, o których mowa pochodzą z r. 1910, a więc z okresu przedsalwarsanowego podobnie, jak wspominana przez B r u n s g a a r d a, zupełna bezczynność lekarzy wobec chorych kiłowych w Chrystjanji, gdzie przez lat 60 z górą nie leczono kiły zupełnie, pozostawiając »ustrojowi jedynie troskę o zwalczenie choroby«. Na taktykę taką nikt chyba obecnie zdecydowaćby się nie mógł, to jednak, co przyszło w ślad za najpotężniejszym dotąd środkiem przeciwkiłowym — salwarsanem — pod wielu względami utrudniło nam rozstrzyganie i wybór sposobu leczenia. Podanie zbyt małych ilości salwarsanu może działać szkodliwie, jak wielu autorów sądzi; już Z i m m e r n i D e l b a n c o ostrzegali przed »podleczeniem« chorego a G e n n e r i c h wprost mówił o schorzeniach układu nerwowego — *lues cerebri* — jako skutkach leczenia niedostatecznego. Raczej więc należałoby się trzymać zdania J a d a s s o h n a że »należy środków swoistych podawać więcej, niż wystarcza do usunięcia objawów klinicznych i serologicznych«. Czy jednak nie podaje się obecnie naogół za dużo salwarsanu? Leczenie kiły u nas, jak słusznie podniesiono na Zjeździe dermatologicznym w 1921 r., jest dosyć słabe i nieregularne, w każdym razie nie wytrzymuje ono porównania z tem, co szkoły niemieckie i francuskie uznałyby za wystarczające. A jednak porównanie kliniczne i serologiczne przypadków leczonych rzekomo niedostatecznie z innemi, leczonemi znacznie silniej, nierzadko wypada na korzyść tych, które znacznie mniej środków leczniczych zużyły i mniej leczeń przeszły.

Czas zatem i siły obronne ustroju nieraz usuwają to, czego leczeniem przemóc się nie dało, nieraz po dłuższym okresie spostrzegania dopiero widzimy, że odczyn Wa zmienił się niejako samoistnie w ujemny. Widzimy to przy leczeniu innemi sposobami, widzimy także i po leczeniu stowarsolem wyłącznie. Pozostawienie ustrojowi i jego samoobronie czasu do rozwinięcia ich działania na resztę jadu i uporania się z objawami serologicznemi, uważać należałoby więc przy stowarsolu jak i przy innych sposobach leczenia za żądanie zasadnicze. Nie rozwiązuje to jednak jednego z najważniejszych pytań, a mianowicie: ile tego nowego środka m o ż n a, a ile n a l e ż y i ile w y s t a r c z a podać. Z badań na zwierzętach wiemy, że jego wskaźnik chemoterapeutyczny $\left(\frac{C}{T}\right)$ równa się $^1/_2$. Wiemy dalej, że dawka najniższa konieczna dla

zapobieżenia wystąpieniu kiły u zwierzęcia wynosi 0,1 (Levaditi), wedle niektórych autorów dawka znośna waha się (0,3 Kolle, do 1,4 (!) Levaditi, na 1 kg żywej wagi zwierzęcia). Do tak wysokich dawek w odniesieniu do człowieka nikt z autorów używających stowarsolu dotąd się nie posunął. Ilości wymienione bez wątpienia nie są trujące doraźnie; sprawdziliśmy jednak, że n. p. podawanie królikowi wagi 1,700 g stovarsolu w ilościach 0.25 dziennie a więc po 0,14 na 1 kg wagi doprowadza do zatrucia przewlekłego i do śmierci zwierzęcia. Dawki te leżą w każdym razie znacznie powyżej dawek dotąd stosowanych u ludzi.

Nawet w sprawie dawkowania salwarsanu, używanego od lat 15, do dziś dnia panuje rozbieżność zdań, zarówno co do wysokości dawki jednorazowej, jak dawki ogólnej na jedno leczenie, jak wreszcie co do odstępów pomiędzy jedną dawką a drugą. Wspomnę tylko, że Arzt w swoim schemacie leczenia poronnego radzi podawanie trzech dawek neosalwarsanu w odstępach dwudniowych wbrew ogólnie przyjętej zasadzie odstępów co najmniej pięciodniowych. Rozbieżność, a raczej niezdecydowanie zaznacza się jeszcze wyraźniej gdy chodzi o odstęp czasu między jednem leczeniem a drugiem, szczególnie gdy odczyn Wa tak, jak być powinno pozostaje ujemnym i nie daje nam wskazania. A więc radzi Jadassohn i Rost, aby po leczeniu poronnem najpóźniej po jednym do dwóch miesięcy całe leczenie powtórzyć. Radzą Brandweiner i Naegeli nawet w kile drugorzędnej powtarzać leczenie w odstępach krótkich, bo czterotygodniowych, a w żadnym razie nie dłuższych niż dwumiesięczne. Z drugiej strony przyjęte są, a polecane n. p. przez Dariera odstępy 3 a nawet sześciomiesięczne w późniejszych okresach kiły, pozostającej w utajeniu. Do roztrząsania tego pytania przy leczeniu stowarsolem nie doszło jeszcze, bo trudno, aby ktokolwiek z autorów miał o tem wyrobione zdanie. Ważniejszą na razie jest rozbieżność zdań co do dawki koniecznej dla jednego leczenia. Tak jak przy salwarsanie uważa się czasem 3 g (Naegeli) czasem 4,5 – 5 g (Darier) za wystarczające, a czasem 6 g (w przypadkach kiły drugorzędnej) za najmniejszą dawkę ogólną wymaganą, a nawet 10 g i więcej za dopuszczalną i wskazaną (Naegeli), tak jest i przy przetworach mniej wypróbowanych jak stowarsol. Leczenie i tutaj musi być zawsze ściśle indywidualne i jest przez to mniej trudne do przeprowadzenia, niż stosowanie przetworów arsenobenzolowych śródżylnie lub śródmięśniowo (Leredde).

Wobec braku stanowczych reguł w dawkowaniu a raczej wobec niewystarczającego ich uzasadnienia, podawaliśmy w naszej klinice naogół większe dawki stowarsolu, niż zalecane w piśmiennictwie. Stosowaliśmy się jedynie do przepisu aby podawać stowarsol na czczo w większej ilości (do 300 g) wody, zapewniając w ten sposób szybkie wchłanianie go i unikając przez rozcieńczenie go drażnienia błony śluzowej żołądka. Przekonując się w każdym przypadku z osobna o tem czy dany ustrój znosi małe dawki bez szkody doraźnej, podawaliśmy stowarsol codziennie rano raz po 3, raz po 4 pastylki, a więc po 0,75 do 1,0 gr naraz; spostrzegłszy zaś w szeregu przypadków oporne zachowanie się odczynu Wassermanna, przedłużaliśmy leczenie coraz bardziej. Doszliśmy w ten sposób do zupełnie dowolnie ustalonej normy, że podajemy obecnie stowarsol przez 5 tygodni (33 dni) z rzędu. Ogólna ilość podanego w ten sposób stowarsolu waha się zależnie od małych różnic w czasie trwania leczenia i w dawkowaniu od 26,5 do 32,5 gr.

Ani sposób podawania, ani dawka ogólna nie zgadzają się z danemi zaczerpniętemi z piśmiennictwa. Przepis oryginalny francuski, zatrzymany przez Oppenheima, nakazuje podawać stowarsol przez cztery dni w tygodniu i stosować potem 3-dniową przerwę, względnie podawać go co 3-ci dzień. Oba sposoby, równie skuteczne, oparte są na założeniu słusznem, że należy pozwolić ustrojowi wydalić arsen nagromadzony w nadmiernej ilości; przerwy przyjęte w nich są naturalnie ustanowione zupełnie dowolnie. Sposób jeden i drugi jest na równi wszędzie stosowany, z tem ogólnie przyjętem zastrzeżeniem, że pierwsza dawka powinna być mniejsza dla wypróbowania oddziaływania ustroju. Za stałą też jest uważaną ogólna dawka 56 pastylek t. zn. 14 g przetworu na całe leczenie i dawka ta, jak z piśmiennictwa widać, nie jest przekraczaną. Dawka ta jest jak się zdaje, równie dowolnie przyjętą i niczem nieuzasadnioną. Zwiększając tę dawkę ogólną prawie dwukrotnie na podstawie pierwszych naszych spostrzeżeń, powodowaliśmy się przypuszczeniem, że środek ten jest słabszy w swem działaniu, niż salwarsan. Przypuszczenie to znajduje poparcie w teoretycznych wywodach Schuhmachera, który rozpatrując skład chemiczny przetworu zawierającego arsen pięciowartościowy, i porównując go z salwarsanem zawierającym As trójwartościowy, z góry uprzedza o mniejszej skuteczności pochodnych kwasu fenilarsinowego. Zwiększenie, i to znaczne, dawki ogólnej wydaje się nam konieczne. Zarazem jednak za jedyny wskaźnik rozłożenia poszczególnych dawek uznać należy szybkość wydalania stosowanego przetworu z ustroju. Aczkolwiek w olbrzymiej większości przypadków ustrój znosi stowarsol podawany bez przerwy i codziennie dobrze, to jednak arsenizacja ustroju posiadającego szczególną skłonność do odkładania arsenu, nie wydaje się obojętną, choćby ze względu na konieczność powtarzania leczenia, jeśli już nie z obawy o doraźne działanie uboczne. Stosowanie przerw dłuższych między jedną dawką a drugą, a zarazem przedłużenie leczenia byłoby więc najrozumniejszem rozwiązaniem zagadnień i sprzeczności, których powodem głównym jest nieustalone dotąd dawkowanie. Wskrzeszenie zasad Ricorda, i posłuch dla argumentów Almkvista, który jest zapalonym rzecznikiem leczenia ciągłego kiły przez okres długi bo wielomiesięczny, mogłyby przy stosowaniu stowarsolu znaleźć jeszcze jedno praktyczne uzasadnienie.

Wyniki trudno przewidzieć, bo trudno o dobór chorych dostatecznie wytrwałych i rozumiejących doniosłość stałej kontroli lekarskiej. Z drugiej strony jednak do leczenia tego tak wygodnego, chorych namawiać nie potrzeba, bo przemawia ono samo za siebie. Ku leczeniu ciągłemu skłania się Spiethoff, który od lat dziewięciu w klinice w Jenie stosuje leczenie ciągłe. Poleca on leczenie stowarsolem przez okres pięciomiesięczny. Jeden z naszych chorych, u którego po dwuletniej przerwie w leczeniu kiły rozpoznaliśmy kiłę z osutką o charakterze ospowej, rozpoczął leczenie z O. Wa ujemnym. Odczyn ten po kilku dawkach stał się dodatnim. Zmiany na skórze szybko przeszły przez okres gojenia się i obecnie pozostawiły jedynie przebarwienia. U chorego tego zastosowaliśmy po leczeniu 5-tygodniowem takiem, jakie opisano powyżej jako normalne, dalsze leczenie ciągłe przez okres trzymiesięczny Znosi on to leczenie dobrze, a odczyn Wa przeszedł na stałe w ujemny.

Wskaźnika dla rozłożenia dawek poszczególnych staramy się szukać w badaniach nad wydalaniem stowarsolu przez ustrój. Badania te będą omówione szczegółowo osobno. Wyniki prób klinicznych dadzą się streścić narazie w zdaniu że stowarsol stosowany pod stałym nadzorem lekarza, w dawkach dużych, i w dawce ogólnej większej, niż dotąd przyjęta, jest środkiem leczniczym bardzo skutecznym. Może on już dzisiaj w przypadkach szczególnych, stanąć obok, lub na miejscu przetworów salwarsanowych. Niebezpiecznym być może chyba w rękach chorego bez dozoru, lub w rękach lekarza nie dość ostrożnego.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médicine.

Nr. 7.

Urechia i Nitescu. **Rola jąder tuber cinereum w cukrzycy eksperymentalnej.** Autorzy omawiają dotychczasowe wyniki badań nad patogenezą cukrzycy eksperymentalnej. Podrażnienie dróg sympatycznych powoduje mobilizację cukru wątroby (Claude, Bernard, Eckhard, Grek). Inni autorzy (Blum) sądzą, że nakłucie rdzenia przedłużonego podrażnia nadnercza i że występująca przytem glikozurja zależy od zwiększonej adrenalinemji.

W przeciwieństwie do uerwów sympatycznych nerw parasympatyczny hamuje mobilizację cukru.

Wydzielina wewnętrzna trzustki (posiadającej włókna n. błędnego) hamuje mobilizację cukru i sprzyja destrukcji glukozy.

Do powyższych czynników należy dołączyć również i przysadkę, która — według nowszych badań — przyjmuje również udział w metabolizmie cukru. Wskazuje na to działanie antagonistyczne insuliny i wyciągu z przysadki.

Badania Brugscha, Dresela i Lewy'ego dowiodły, że centrum Claude Bernarda jest ograniczone do małej grupy komórek jądra dorsalnego nerwu błędnego. Ci sami autorzy dowiedli, że ukłucie innej grupy komórek, położonych w tym samem jądrze n. błędnego, lecz nieco wyżej, powoduje zmniejszenie glikemji. Wycięcie trzustki powoduje zwyrodnienie tej właśnie grupy komórek. Z powyższego wynika, że w jądrze wegetatywnem n. błędnego istnieją — niezależnie od siebie — jądro sympatyczne i drugie parasympatyczne dla metabolizmu cukru.

Po ukłuciu jądra wegetatywnego w opuszce, obserwuje się zwyrodnienie jądra paraventricularnego na dnie III. komory *(tuber cinereum)*. Dresel i Lewy sądzą, że to jądro odgrywa właśnie rolę równoważnika czynnościowego ośrodków sympatycznych i parasympatycznych opuszki.

Ci sami autorzy znaleźli w cukrzycy u ludzi zmiany w środkowej trzeciej i zewnętrznej części *globus palidus*, mianowicie zwiększenie ziarnistości tłuszczowych, co zresztą odpowiada zwiększonej lipemji we krwi chorych na cukrzycę.

Camus, Gournay i Le Grand wywołują glikozurję, utrzymującą się przez kilka tygodni — po ukłuciu *tuber cinereum*. Kontrola wykazywała zniszczenie jądra periventricularnego. Urechia i Elekes w jednym przypadku śpiączki cukrzycowej znaleźli największe zmiany w jądrze periventricularnem.

Dla skontrolowania związku trzustki z ośrodkiem wegetatywnym guza, autorzy wykonali u 4 psów całkowite wycięcie trzustki, powodując znaczną glikemję i po 4—8 dniach zabijali zwierzęta. We wszystkich badaniach znaleźli zwyrodnienie znaczne jądra periventricularnego w *tuber cinereum*, co potwierdza poprzednie badania Dresel'a, Lewy'ego, Camus'a, Gournay'a i Le Grand'a. Jądro periventricularne stanowi więc ośrodek w guzie regulujący przemianę cukrową. Przysadka mózgowa okazywała zawsze stan wzmożonej czynności.

Oprócz powyższego autorzy zwracają uwagę, że jądro periventricularne odgrywa rolę w regulacji ciepła (znaleźli zmiany w niem przy odmrożeniu), co tłumaczyłoby nam obniżenie ciepłoty w śpiączce cukrzycowej.

L o n g. **Przypadek ciężkiego kiłowego zapalenia opon mózgowych w okresie późnym.** U kobiety 54-letniej w przeszłości liczne poronienia. Po przyjęciu do kliniki (Genewa) w ciągu 6 miesięcy rozwijały się powoli objawy nerwowe, kończąc się paraplegją. Pomimo leczenia przeciwkiłowego śmierć po 3 tygodniach. Na sekcji znaleziono ropne zapalenie opon mózgowych ze zmianami histologicznemi kiły 3-okresowej.

A. P e t t i t. **Zjawienie się aglutynin w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu spirochetozy ikterohemoragicznej.** Autor stwierdził obecność aglutynin po raz pierwszy w płynie mózgowo-rdzeniowym u trzech chorych na spirochetozę ikterohemoragiczną.

Nr. 8.

L. I m b e r t. **Przeszczepianie kości.** Autor podaje wyniki swych badań nad przeszczepianiem kości martwej u psa.

C l u z e t, R o c h a i x, K o f m a n. **Zmiany w zasadowości surowicy podczas uodporniań.** Autorzy podają wyniki swych badań nad zasadowością surowicy normalnej, w czasie uodporniania u zwierząt uodpornionych:

1) Ph surowicy normalnej, zawartej w dobrze uszczelnionych flakonach (kauczuk, parafina) nie ulega z czasem zmianie, natomiast zasadowość surowicy, będącej w zetknięciu z powietrzem, szybko zwiększa się.

2) Podczas uodporniania zwierząt następuje nieznaczne obniżenie zasadowości surowicy; zmiana ta występuje w okresie początkowym.

3) U zwierząt uodpornionych (konie, króliki) Ph surowicy jest zbliżone do Ph zwierząt normalnych tego samego gatunku; trudno jest orzec, czy nieznaczne różnice, zachodzące między niemi, zależne są od uodpornienia.

Nr. 9.

G i l l o t i B u r e. **Rozpoznanie elektryczne wczesnego rachityzmu.** Autorzy na podstawie licznych obserwacyj na klinice dziecięcej w Algierze proponują jako wczesny objaw rachityzmu badanie wzmożonej pobudliwości elektrycznej nerwu twarzowego na poziomie powiek. Próg normalny dla ściągnięcia się powieki przy zamknięciu bieguna ujemnego wynosi 2,5 miliampera, u rachityków zaś obniża się do 2 lub 1 milliampera lub jeszcze niżej.

Objaw ten zależy od hipokalcemji, łączącej spasmofilję z rachityzmem.

E m i l W e i l i A. L a c a s s a g n e. **Anemja złośliwa i białaczka szpikowa śmiertelna wywołane działaniem substancji radjoaktywnych.** Autorzy ogłaszają obserwacje dwu chorych, inżynierów chemików, lat 40 i 35, zajętych od lat kilkunastu badaniami radjoaktywności, a którzy od 2 lat byli zajęci razem w jednem laboratorjum nad przygotowywaniem preparatów leczniczych radjoaktywnych z grupy *thorium*. Obaj zmarli prawie jednocześnie, jeden na ostrą anemję aplastyczną, drugi na białaczkę szpikową. Drugi przypadek potwierdza możliwość wywołania białaczki szpikowej przez promieniowanie substancyj radjoaktywnych, co dotychczas było jedynie przypuszczalne. Autorzy podają szczegółowe badania krwi i wynik nekroskopji. Nastąpił zupełny zanik jąder, podobny, jaki otrzymujemy przy doświadczalnem naświetlaniu zwierząt.

R a s t o n i l. **Insulina przy kwasicy u operowanych nie cukrzycowych.** U chorego w kilka dni po operacji brzusznej wystąpiła znaczna kwasica, cukier nieobecny przy stanie ogólnym bardzo ciężkim. Po kilkakrotnem zastrzykiwaniu insuliny objawy kwasicy ustąpiły, chory wyzdrowiał. Poprzednio już autorzy amerykańscy podają, że zastrzyki glukozy pozostają bez rezultatu w kwasicach ciężkich pooperacyjnych podczas, gdy insulina daje wspaniałe rezultaty. Autorzy amerykańscy nie podają przy tem cukru, podczas gdy autor po zastrzyku insuliny dawał pić choremu syrop cukrowy, ażeby zapobiec hipoglikemji.

Nr. 1'.

M a r i n e s c o i D r a g a n e s c o. **Leczenie paraliżu postępowego malarją.** Autorzy leczyli w powyższy sposób 7 przypadków paraliżu postępowego wzmożonego objawami wiądu rdzenia i jeden przypadek tego ostatniego z *amaurosis*. Krew z plasmodjami brali od malaryków podczas dreszczy i gorączki i zastrzykiwali ją chorym w ilości 2 cm^3 dożylnie i 2 cm^3 podskórnie. W 5 przypadkach użyli *plasmodia tertiana*, w 2 — *plasmodia tropica*. Radzą jednak stosować *plasmodia tertiana* z powodu lżejszego przebiegu sсhorzenia.

Inkubacja po zastrzyku trwała od 7 do 18 dni. Po wybuchu malarji chorych poddawali leczeniu arsenobenzolem i bizmutem. Wyniki leczenia otrzymali następujące:

Trzej chorzy z zaburzeniami pamięci, artykulacji i pomieszaniem pojęć uzyskali wybitną poprawę; remisje te trwają już przeszło 6 miesięcy. Czwarty chory jest prawie zupełnie wyleczony i od roku powrócił do swego zajęcia (szef biura). Chory taboparalityczny uzyskał jedynie nieznaczną poprawę, *Amaurosis* kobiety tabetycznej nie uległa zmianie.

L a v e r g n e i F l o r e n t i n. **Zastrzyki surowicy ozdrowieńców jako środek zapobiegawczy przeciwko orchitis po parotitis epidemica.** Dobre wyniki, otrzymane w profilaksji odry, zachęciły autorów do wypróbowania zastrzyków surowicy ozdrowieńców przy zapaleniu przyusznicy, celem zapobieżenia wystąpienia komplikacyj, a mianowicie *orchitis*. Korzystając z wybuchu ciężkiej epidemji autorzy stosowali tę metodę u 113 chorych. Krew brali w przypadkach przyusznicy bez powikłań około 20 dnia, z powikłaniami (*orchitis*) w chwili poprawy stanu ogólnego. Po przygotowaniu odpowiedniem surowicy wstrzykiwali ją chorym podskórnie w ilościach 10—20 cm^3 (dwa razy w odstępach 5-dniowych po 10—5 cm^3 względnie po 15—5 cm^3). Otrzymali wyniki

bardzo zachęcające. U 107 chorych nie leczonych w sposób podobny otrzymali w 34 przypadkach komplikacje, gdy tymczasem u 113 leczonych surowicą komplikacje wystąpiły jedynie w 7 przypadkach. Należy dodać, że komplikacje wystąpiły jedynie u tych chorych, u których stosowano mniejsze dawki surowicy. W ostatnich 28 przypadkach, gdzie autorzy stosowali po 20 cm³ surowicy *orchitis* nie wystąpiło ani razu; z tego też powodu autorzy radzą stosować dawki surowicy większe, najmniej 20 cm³.

M e r k l e n, W o l f i N é e l. **Białaczka szpikowa u kobiety poprzednio naświetlanej.** Nawiązując do opisu białaczki szpikowej, opisanej przez Weil'a i Lacassagne'a (Bull. de l'Acad. de M. Nr. 9, 1925) autorzy podają obserwację chorej, u której po naświetlaniach wystąpiła białaczka szpikowa. Chora w 1917 r. w klinice prof. Krőniga w Fryburgu — jedna z pierwszych — była poddana radjoterapji głębokiej, intensywnej i długotrwałej z powodu *fibromyoma uteri*. Chora była wtedy naświetlana intensywnie przez 7 godzin ze zwykłem zabezpieczeniem pozostałych powłok ciała. Nie wiadomo dokładnie, jaką dawkę wtedy zastosowano. Przez 2 dni następne chora czuła się bardzo osłabioną, wystąpiły wymioty prawie bezustanne, intensywne bole głowy i w jamie brzusznej. Później — pomimo wyczuwania guza powyżej spojenia łonowego — nie leczyła się już więcej.

W trzy lata później (1920 rok) wystąpiły wymioty krwawe. Od 1922 r. czuje się osłabiona i osłabienie to coraz to bardziej wzmaga się. 19. stycznia 1925 r. zgłosiła się do szpitala, narzekając na osłabienie, wymioty, bicie serca i guz w brzuchu.

Od kilku miesięcy podwyżki ciepłoty wieczorem. Przy badaniu śledziona b. duża, zajmująca prawie cały brzuch. We krwi 400.000 ciałek białych, w tem 46% wielojądrzastych, 45% myelocytów neutrofilnych, 3% myelocytów eozynofilnych, 3% — basofilnych, 3% myeloblastów.

4. lutego białych ciałek 960.000, w tem myeloblasty zwiększyły się do 16%. Chora zmarła 5. lutego. Na sekcji zmiany klasyczne dla białaczki szpikowej. Jak widzimy z powyższego okres utajony trwał 3 lata (od naświetlania do wystąpienia wymiotów krwawych — od tego bowiem czasu należy uważać początek rozwoju choroby). W przypadku, opisanym poprzednio przez Weil'a i Lacassagne'a, objawy chorobowe zaczęły się również od wymiotów krwawych.

Nr. 14.

M. T e i s s i e r. **Profilaksja parotitis epidemica i orchitis następowego zastrzykami surowicy rekonwalescentów.** Nawiązując do komunikatu w poprzednim numerze Bull. de l'Acad. de M. (Nr. 13) Lavergne'a i Florentin'a o seroprofilaksji zapalenia przyusznicy, autor donosi, że sposób ten stosował na swej klinice już w r. 1923/4 i uważa go za bardzo skuteczny dla zapobieżenia samej infekcji, jak również jej głównej komplikacji: *orchitis*.

Autor używał większych dawek surowicy 20—40 cm³, z tego połowę podskórnie, połowę wśródmięśniowo. Wyniki seroprofilaksji zapalenia jąder były następujące: u 172 chorych leczonych surowicą zapalenie jąder rozwinęło się u 14, gdy tymczasem u 176 kontrolnych u 41 chorych.

Wyniki seroprofilaksji zapalenia przyusznicy: w ochronce wybuchła epidemja, 37 dziewczynek zachorowało przed jakąkolwiek interwencją, wtedy 22 zdrowym zastrzyknięto profilaktycznie surowicę (10—20 cm²) i żadna z nich nie zachorowała, gdy tymczasem pozostałe 4 — nie leczone zapobiegawczo — zapadły na tę chorobę.

Z tego wynika, że seroprofilaksja ma ważne znaczenie dla samej choroby, jak również i dla jej komplikacji i zaleca się bardzo jej stosowanie.

P a r t u r i e r. **Zmiany cholesterynemji w zależności od pewnych warunków zewnętrznych ustroju.** Autor przeprowadził badanie nad cholesterynemją u świnek morskich w zależności od zmiany ciepłoty zewnętrznej i doszedł do wyników, że cholesterynemja zwiększa się prawie podwójnie przy ciepłocie zewnętrznej wyższej, zmniejsza się zaś przy ochłodzeniu.

Paris Chirurgical.

Nr. 6. 1924.

V. P a u c h e t. **Leczenie operacyjne raka tarczycy.** Na wstępie podaje autor pewne wytyczne dla wskazań względnie przeciwwskazań co do leczenia operacyjnego raka tarczycy. Przerzuty w trzewiach, zajęcie gruczołów poza szyją stanowią przeciwwskazanie do zabiegu. Każdy chory na raka tarczycy przed zabiegiem powinien być badany promieniami Roentgena.

Zabieg sam polega na bardzo rozległej tyreoidektomji pozatorebkowej. Operować należy w znieczuleniu miejscowem które zmniejsza ryzyko ewentualnej zamartwicy i pozwala chirurgowi kontrolować zachowanie się n. wstecznego.

Z cięcia w kształcie litery U odsłaniamy guz, poczem postępujemy tak, jak przy usuwaniu wola, dokładnie usuwając zmienione nowotworowo gruczoły. W razie potrzeby wycinamy żyłę szyjną, n. błędny i n. współczulny.

Z powikłań operacyjnych zasługują na uwagę zaburzenia sercowe przy drażnieniu n. błędnego, zaburzenia oddechowe, zwłaszcza, gdy tchawica skutkiem nacieku jest rozmiękła, przedostanie się powietrza do otwartych żył, uszkodzenia tchawicy i nerwów. Przecięcie n. wstecznego po jednej stronie daje czasową niemotę, przecięcie n. błędnego jest bez znaczenia a resekcja n. współczulnego daje zwężenie źrenicy i wytrzeszcz.

Z powikłań pooperacyjnych należy wymienić tężyczkę i stosunkowo bardzo rzadko występujący obrzęk śluzakowy. Śmiertelność w przypadkach nowotworu tarczycy jest bardzo znaczna i może dochodzić do 40%.

Celem uniknięcia tak wielkiego odsetka śmiertelności radzi autor operować wola jeszcze w tym okresie, gdy nie przyszło do zmian nowotworowych.

P. P e u g n i e z. **Technika operacyjnego leczenia porażenia nerwu twarzowego.** Faure i Furet pierwsi rzucili myśl w r. 1898 leczenia porażenia nerwu twarzowego, przy uszkodzeniu tegoż w części przebiegającej przez dość skalistą drogę zespolenia jego końca obwodowego z nerwem sąsiednim t. j. z n. dodatkowym lub podjęzykowym.

Po dokładnem opisaniu stosunków anatomicznych wszystkich 3 nerwów autor podaje szczegółowo stosowaną przez siebie technikę operacyjną i zasady, jakiemi kieruje się przy zespalaniu nerwów. Autor wykonał 5 zespoleń tego rodzaju.

S. L a s k o w n i c k i. **Zastosowanie roztworów jodu w chirurgji.** Autor zebrał krótko kilkuletnie doświadczenia, poczynione na lwowskiej klinice chirurgicznej nad działaniem jodu na ustrój ludzki, popierając swe twierdzenia badaniami *in vitro* i na zwierzętach.

Jod — z jednej strony — jest doskonałym środkiem bakterjobójczym, z drugiej zaś strony jest środkiem, mającym zdolność podrażnienia ustroju do żywszej ohrony przed zakażeniem. Autor poleca na podstawie swych doświadczeń używać nalewki jodowej, spreparowanej w ten sposób, że 5 gr jodu rozpuszcza się w 100 cm³ następującego roztworu: 96% alkoholu 2.700 cm³ + 300 cm³ wody destylowanej. Roztwór ten jest o wiele silniej bakterjobójczy, niż 5% roztwór jodu w 97% alkoholu z dodatkiem jodku potasu.

Na 10 minut przed operacją pędzluje się raz pole operacyjne tym roztworem, potem drugi raz powtarza się pędzlowanie tuż przed samą operacją. Do mycia rąk poleca autor (po 10 min. myciu mydłem spirytusowem i szczotką) mało drażniący a silnie bakterjobójczy roztwór 1‰ jodu w 70% alkoholu.

Ważnym czynnikiem jest jod w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Autor poleca, stosowany na klinice do leczenia ropni opadowych, płyn Lugola. Silny ten roztwór jodowy działa doskonale miejscowo, bądź to jako *desinficiens*, bądź to jako środek drażniący tkankę łączną do bujania, głównie jednak działa ogólnie na cały ustrój. Wessany z jamy ropnia jod pobudza siły obronne ustroju, powiększa znacznie ilość lipoidów we krwi, jak to autor wykazał w doświadczeniach, przeprowadzonych wspólnie z p. Danyszową.

Do leczenia wreszcie ran ropiejących poleca L. roztwór jodowy używany na klinice pod nazwą *Solutio i odico-*

i odata, do trwałych irrygaciji ran t. zw. wodę jodową t. j. roztwór 1 cm³ 5% nalewki jodowej w 100 cm³ wody.

Roztwory te o małej zawartości jodu są mało drażniące, siła zaś ich bakterjobójcza przewyższa znacznie siłę bakterjobójczą nalewki jodowej, a prócz tego pobudza tkanki do żywszej obrony i wzrostu, przyśpieszając wytwarzanie się zdrowej ziarniny. *W. Dobrzaniecki* (Lwów).

American Journal of Ophthalmology.
Vol. 7. 1924. Nr. 5.

William Finnoff. **O zmianach ocznych u królików, którym zastrzykiwano do art. carotis comm. zabite prątki gruźlicze.** Autor po ukończeniu doświadczalnych badań z zastrzykiwaniem żywych prątków gruźlicy (p. ref. Pol. Gaz. lek. 1924) przystąpił do badań z zabitemi prątkami gruźlicy. Ilość używanego materjału prątków wynosiła od 0.2 do 10.0 mg. Użyte do doświadczeń króliki żyły stosunkowo bardzo długo a tylko u 70% wystąpiły zmiany oczne. Wczesne zmiany ze strony öcz przed 4 dniem jak chemoza spojówki, przymglenie rogówki, wybroczyny krwi na tęczówce, a czasem i wysięk zapalny uważać należy za zwykłe objawy wywołane przez wprowadzenie drażniącego płynu do *art. car. comm.* Zmiany charakterystyczne i swoiste dla gruźlicy występowały najwcześniej na tęczówce w różnych postaciach i tak jako: 1) *iritis diffusa* z następowemi zrostami, 2) zgrubienia zapalne na tęczówce (*ridget iritis*) bez zserowacenia, 3) guzki gruźlicze przeważnie u podstawy tęczówki, które czasem wypełniały całą przednią komorę; treść ich po pęknięciu wchłaniała się szybko, 4) zanik częściowy tęczówki w postaci kolorowych plam.

Zmiany spostrzegane na rogówce można rozdzielić na wczesne i późne. Wczesne, jako zaćmienia rozlane rogówki i unaczynienia; zmiany późne jako nacieczenia na tylnej powierzchni rogówki ze złogami wysięku, nacieki rozległe głębokie i *keratitis scleroticans*. Tej ostatniej zmiany nie dostrzegano nigdy w doświadczeniach z prątkami żywemi. Zmiany na spojówkach wyrażały się w formie rozlanego zapalenia z wydzieliną, które szybko goiło się. W jednym przypadku spostrzegano typowe flikteny. Również w jednym przypadku spostrzegano *scleritis*, która po 10 dniach wygoiła się bez blizny. Na powiekach spostrzegano często guzki, które przechodziły w owrzodzenia, pozostawiając po sobie głębokie szpecące blizny. Zmiany na siatkówce i naczyniówce rozpoczynały się obrazem rozsianych szarawych ognisk z wysiękiem. Nacieki te powodowały zanik miejscowy i odkładanie się barwika. W 2 przypadkach pojawiło się odczepienie siatkówki w skutek zmian w naczyniówce. Wysięk w ciele szklistem spostrzegano w 8 przypadkach, wysięk ten w krótkim czasie wchłaniał się całkowicie. Wyniki tych doświadczeń doprowadziły do stwierdzenia, że niema różnicy w zmianach tak w obrazie klinicznym jak i też w obrazie drobnowidowym pomiędzy doświadczeniami z prątkami żywemi a zabitemi.

A. Fuchs. **O zmianach tarczy nerwu wzrokowego w przypadkach jaskry.** Zmiany tarczy nerwu wzrokowego w przypadkach jaskry zależą od trzech czynników. 1) Od podniesienia ciśnienia wśródocznego; stopień ciśnienia i jego trwania rozstrzyga o destrukcji włókien nerwowych, 2) drugim czynnikiem, który wpływa na ukształtowanie się zmian w tarczy nerwu wzrokowego jest *lamina cribrosa,* która w pewnych indywidualnych przypadkach przeciwstawia bardzo słaby delikatny opór ciśnieniu wśródocznemu, a w innych zaś tak dalece silny, że nie dochodzi do wydrążenia tarczy nerwu wzrokowego, powodując tylko zanik nerwu wzrokowego poza którym kryć się może jaskra trudna do rozpoznania bez pomocniczych badań, 3) trzecim czynnikiem jest oporność względnie sztywność rogówkowo-twardówkowa. Wzrost ciśnienia wśródocznego może powodować rozszerzenie się całkowite lub częściowe gałki ocznej bez wywołania zmian na tarczy nerwu wzrokowego. Autor przytacza 14 przypadków jaskry, w których sam obraz wziernikowy nie był miarodajnym a tylko z pomocą badań szczegółowych stwierdzono jaskrę.

Wilber Swett. **Cornea plana congenita.** Autor podaje przypadek rogówki płaskiej wrodzonej na obu oczach, promień krzywizny rogówki wynosił 11 mm. Dla odróżnienia podobnych przypadków, które są bardzo rzadkie, od *microcornea* podaje autor następujące dane:

Cornea plana:
1) płaskość rogówki,
2) zatarta granica rąbka,
3) refrakcja średnia rogówki 28—35 D.,
4) promień krzywizny rog. 10 mm.,
5) refrakcja całkowita oka + 7 D.,
6) gałka w całości prawidłowa lub rozszerzona (większa),
7) niekształtny przedni odcinek gałki ocznej.

Microcornea:
1) zwiększona albo normalna krzywizna rogówki,
2) ostra granica rąbka,
3) refr. śred. rog. 46 D.,
4) prom. krzyw. rog. 7.3 mm.,
5) refr. — 2 D. do + 18 D.,
6) *microphthalmus,*
7) cała gałka niekształtna.

V. 7. 1924 Nr. 4.

Campbell Posey. **Wpływ czynników zewnętrznych na refrakcję oka.** Ucisk chociażby nieznaczny na gałkę oczną od zewnątrz jak gradówka, skrzydlik, guz lub obrzęk w otoczeniu gałki ocznej może powodować przejściowe zmiany w refrakcji oka. Autor przytacza przypadek, w którym tworząca się gradówka obniżyła krótkowzroczność o 1.25 D., po usunięciu jej refrakcja znów powróciła do swego pierwotnego stanu. We wszystkich przypadkach przejściowej zmiany refrakcji oka należy uwzględniać pewne odruchowe zaburzenia, ogniskowe zakażenia i toksemje, które wpływają na sprawność mięśnia rzęskowego powodując przez to pozorną zmianę refrakcji oka.

Henry Wagener. **Zapalenie siatkówki a czynność nerek.** Autor rozpatruje 3 pytania: 1) Czy obrzęk, wysięk i wybroczyny na siatkówce w przypadku hipertenzji wskazują stale na *nephritis?* 2) Jeśli podejrzewamy *retinitis* w związku z *nephritis,* czy można określić typ schorzenia nerek sądząc z obrazu schorzenia siatkówki? 3) Czy pojawienie się *retinitis* w tych przypadkach stale zależy od zatrzymania i krążenia we krwi szkodliwych związków azotowych. Na pierwsze pytanie według autora należy stanowczo przecząco odpowiedzieć. Przypuszczać należy, że zmiany siatkówkowe nie są bezpośrednio wywoływane przez zapalenie nerek, ale powstają wskutek toksemji, która w żadnym stosunku nie pozostaje do zapalenia nerek, a raczej tylko do zmian naczyniowych. Co do drugiego pytania autor również przecząco odpowiada, ale już z pewnemi zastrzeżeniami. Odpowiedź na trzecie pytanie nie może być jeszcze jasna, wpierw należy rozpatrzeć poszczególne zmiany oczne, które mogą się odrębnie pojawiać a mianowicie: 1) krwotoki siatkówkowe bez zapalenia siatkówki. 2) *Retinitis arterio-sclerotica.* 3) *Retinitis* wskutek hipertenzji i *nephritis.* 4) *Retinitis nephritica.* Ad 1) krwotoki siatkówkowe bez obrzęku siatkówki i wysięku pojawiają się wskutek samej hipertenzji naczyń przez miejscowe zmiany w ścianach naczyń siatkówki. W powstawaniu ich toksemja nie odgrywa żadnej roli. Ad 2) pojawienie się obok krwotoków siatkówkowych drobnych plam wysięku zgrupowanych dookoła końcowych tętniczek, a przedewszystkiem w okolicy plamki żółtej nazywamy *retinitis arterio-sclerotica,* jako wyraz ostrej *end-arteritis.* Obraz ten nie jest typowy dla *nephritis* ani też z nią nie musi stać w jakimkolwiek związku. Ad 3) w tym obrazie schorzenia spotykamy nieznaczny obrzęk zapalny tarczy nerwu wzrokowego, wybroczyny krwi siatkówkowe podobne swym kształtem do płomyków i białej plamki wysięku zapalnego. Dla tych ostrych zmian koniecznem jest przyjęcie czynnika toksycznego. Schorzenie nerek jest źródłem tej toksemji. Postać tego schorzenia siatkówki oznacza się jako schorzenie miażdżycowe tętnic *plus* zapalenie nerek. Ad 4) ten obraz schorzenia siatkówki (obrzęk zapalny tarczy nerwu wzrokowego, wysięk zapalny w okolicy tarczy i typowe ułożenie gwiaździste plam białych wysięku w okolicy plamki żółtej) określamy jako *retinitis albuminurica vel nephritica,* które to schorzenie występuje bez żadnych zresztą zmian miażdżycowych w tętnicach siat-

kówki, ale tylko wskutek toksemji powodowanej schorzeniem nerek.

Autor zestawia według powyższych grup 80 przypadków *retinitis*. W 3 grupach pierwszych nie udało się wykazać obniżonej, względnie upośledzonej sprawności nerek; jakkolwiek należy przypuszczać w przypadkach grupy drugiej i trzeciej przejściową niedomogę czynności nerek wskutek jakiegoś przebytego zakażenia. Tę różnorodność w obrazie zapalenia siatkówki odnieść należy do wrażliwości pewnych części nerek na jakiekolwiek, choćby nieznaczne, zakażenia i stąd wypływające obniżenie ich sprawności. 4 grupa obejmuje przypadki, w których stwierdzono *glomerulo-nephritis*. W przypadkach tych niedomoga nerek postępowała i w krótkim czasie chorzy zakończyli życie.

Karelus (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 18: W. Jezierski: Leczenie gruźlicy złotem. — E. Brzeziński: System paleokinetyczny w świetle badań lat ostatnich. — Wł. Filiński: Coma hepaticum recurrens. — J. Krotoski: Leczenie gruźlicy sanokryzyną w Danji. — Bajoński: Przodujące łożysko.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. III. Zeszyt I.: A. Wrzosek: Walery Jaworski jako twórca pierwszego w Polsce muzeum historji medycyny. — Wł. Szumowski: Jeszcze o Rafale Czerwiakowskim. — Z. Klukowski: Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej Książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX wieku. — T. Krzyszkowski: Orzeczenie Krakowskiego Kolegjum fizycznego z r. 1788 o karygodnem postępowaniu akuszerki. — H. Wodziczko: Nieogłoszona praca botaniczna dr. T. Chałubińskiego. — Ed. Loth: Teofil Chudziński (1842—1897). — St. Trzebiński: Psychoza i nerwica w beletrystyce polskiej. — A. Wrzosek: Rzut oka na rozwój Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Poznańskim w pierwszem trzechleciu jego istnienia (1920/21, 1921/22, 1922/23) za rektoratu Heljodora Święcickiego. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Przyroda i Technika. Zeszyt VII.: J. K. P.: O nowych postępach w nauce o nowotworach złośliwych. — J. Mnszyński: O gazach trujących. — K. Strawiński: Zastosowanie gazów trujących w walce ze szkodnikami roślin. — A. Misiak: Najdłuższy tunel na świecie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r.
Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 104 członków.

Dokończenie.

9. Kol. Czeżowska, Dobrzański i Tumidajski przedstawiają dwa przypadki **rozstrzeni oskrzelowych** u chorych ze zrostami opłucnowemi, które zostały rozpoznane przez zastosowanie lipjodolu, jako środka kontrastowego przy prześwietlaniu promieniami Roentgena. Poza stale utrzymującemi się ogniskami drobnobańkowych rzężeń wilgotnych, nie było w obu przypadkach dostatecznych danych klinicznych dla ustalenia istoty schorzenia, tembardziej, że ilości plwociny śluzowo-ropnej były naogół skąpe, a zdjęcia rentgenowskie wykazywały jedynie zaciemnienie kątów przeponowo-opłucnowych. U chorych tych wprowadzono wśródtchawicowo lipjodol Lafay'a celem wypełnienia oskrzeli w dolnych płatach płucnych.

Środek ten, wprowadzony do diagnostyki rentgenowskiej przez Sicard'a i Jorestier, pozwala, dzięki dużej bardzo zawartości jodu (0,54 J w 1 cm³), uzyskać gęsty cień w obrazie rentgenowskim przy wprowadzeniu nawet niewielkiej ilości.

Wobec tego, że jest doskonale znoszony przez ustrój i nie wywołuje objawów jodyzmu, może w przypadkach, podobnych do powyżej opisanych, oddać cenne usługi, jak również tam, gdzie chodzi o stwierdzenie, względnie dokładne umiejscowienie ognisk rozpadowych w płucach.

W dyskusji kol. Dobrzański omawia **sposób wprowadzania lipjodolu do tchawicy**. Wspomniani autorowie francuscy podają trzy metody, nadające się do stosowania, a mianowicie:

1) przez głośnię pod kontrolą lusterka krtaniowego;
2) przez głośnię na ślepo (bez lusterka);
3) przez przekłucie ściany krtani między chrząstką tarczykową a pierścieniową.

Pierwsza z tych wydaje się mówcy najdogodniejszą, ponieważ po znieczuleniu gardła i krtani 10% roztworem kokainy z adrenaliną i wpuszczczeniu do tchawicy 2 cm³ 1% roztworu kokainy wprowadzono lipjodol pod kontrolą lusterka krtaniowego zupełnie gładko we wszystkich omówionych przez kol. Cz. przypadkach. Nadto przy tej metodzie można pod kontrolą oka kierować koniec nasadki krtaniowej strzykawki na prawą lub lewą ścianę tchawicy, zależnie od tego, czy wypełniamy prawe, czy lewe płuco. Wprowadzanie lipjodolu przez głośnię na ślepo jest niedogodne, ponieważ można łatwo zgubić właściwą drogę i wprowadzać n. p. do przełyku. Przebijanie ściany krtani igłą i wprowadzanie podgłośniowe może wywołać stan zapalny, względnie chwilowy obrzęk krtani i spowodować duszność (jak to spostrzegali w jednym przypadku Sergent i Cotenot); z tego też powodu nie powinno być stosowane. Zależnie od tego, które płuco, względnie płat, chcemy wypełnić lipjodolem, ułożenie chorego jest różne. Płat prawy dolny wypełni się w pozycji siedzącej chorego lub leżącej na grzbiecie, środkowy prawy przy przechyleniu tułowia na prawo prawie do poziomu, lewy dolny zaś przy przechyleniu tułowia na lewo. Płaty górne mogą być wypełniane przy ułożeniu chorego na odpowiedni bok z obniżeniem okolicy barkowej na stronę wypełnionego płuca. Chorzy w czasie wprowadzania lipjodolu zachowywali się zupełnie spokojnie, nie mieli więc ani ataków kaszlu, ani duszności — jak n. p. przy zakrztuszeniu się. Nie stwierdzano także żadnych objawów podrażnienia górnych dróg oddechowych.

10. Kol. Scheuring przedstawia przypadek ze **zwyrodnieniem torbielowatem nerek** (*degeneratio cystica renum*) u 38-letniej kobiety. W wywiadach podaje chora przed miesiącem upadek na brzuch, po którym nastąpił silny krwiomocz, wśród bólów w lewym boku. Badanie przedmiotowe wykazuje: w podżebrzu lewem guz wielkości dużej pięści, o powierzchni nierówney, twardy, wdechowo nieprzesuwalny, przesuwalny na boki, przy badaniu oburęcznem balotujący. Guz ten nie stoi w związku ze śledzioną. Nad guzem wypuk bębenkowy. W podżebrzu prawem stwierdza się guzek, wielkości orzecha włoskiego, twardy, będący w związku z guzem wielkości pięści, twardym, o powierzchni gładkiej, odpowiadającym dolnemu biegunowi prawej nerki.

Badania dodatkowe wykazały: odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne. W moczu białka nie stwierdzono, stwierdzono natomiast stale obecność pojedynczych czerwonych ciałek krwi, oraz wałeczek szklisty. Badanie rentgenologiczne nie wykazało związku guza w podżebrzu lewem z żołądkiem, zaś ginekologiczne związku z narządami płciowemi. Badanie urologiczne (kol. Laskownicki) wykazało pęcherz bez zmian, funkcja prawej nerki nieznacznie upośledzona (wydziela w pierwszych 40 minutach 16 cm³ moczu, 15% fenolsulfoftaleiny, w pierwszych 70 minutach 1,95 g mocznika, indygokarmin po 12 minutach), funkcja zaś nerki lewej prawie zupełnie zmieniona (wydziela w pierwszych 40 minutach 5 cm³ moczu, 5% fenolsulfoftaleiny, w pierwszych 70 minutach 0,12 g mocznika, po 25 minutach indygokarmin nie zaczął się wydzielać. Wydzielanie błękitu metylowego trwa 133 godzin 50 minut, jodu 56 godz. 25 minut. Azot pozabiałkowy we krwi waha się od 33,33 do 40,6 mlgr na 100 cm³ krwi. Ciśnienie krwi waha się między 143 a 182 mm słupa rtęci (R. R.). Badanie bakterjologiczne moczu nie wykazało laseczników Kocha. Pyelografja (kol. Laskownicki) wykazała obustronne obniżenie i miernego stopnia rozdęcie obu miedniczek nerkowych.

Drugi podobny przypadek dotyczył chorego, u którego wystąpił bez żadnej przyczyny zewnętrznej krwiomocz, przyczem krew pojawiła się w wielkiej ilości w formie skrzepów. Badanie przedmiotowe wykazuje w podżebrzu lewem guz wielkości pięści, o powierzchni nierównej, twardy, wdechowo nieprzesuwalny. Po stronie prawej nerka macalna, powiększona, także o powierzchni nierównej. Badanie moczu wykazywało stale obecność krwi. Badanie rentgenologiczne po wykonaniu odmy otrzewnowej wykazało, że guzy w obu podżebrzach są nerkami.

W dyskusji kol. Nowicki zapytuje o stan serca ze względu na przerosty, pojawiające się w tobiełkowatości nerek, podnosi, że sekcyjnie stwierdzane nerki tobiełkowate nie były rozpoznawane za życia: nie dziwi go to wobec dziwnie nieznacznych objawów, jakie się stwierdza nawet przy bardzo zmienionych nerkach torbielkowatych. Za życia nie dawały one żadnych objawów klinicznych.

Kol. Rencki zwraca uwagę, iż w przypadkach, w których mamy do czynienia z obustronnemi guzami nerek, należy zawsze pamiętać o zwyrodnieniu torbielowatem nerek. Uraz — zdaniem mówcy — odgrywa w tych sprawach poważną rolę.

11. Kol. Tomanek przedstawia dość typowy przypadek **akromegalji** u kobiety 24-letniej, u której pierwsze objawy wystąpiły przed dwoma laty. Brak regularności od 4-ch lat.

Badanie rentgenologiczne wykazało: powiększenie i wysunięcie ku przodowi dna siodełka tureckiego, zniszczenie grzbietu i wyrostków kolcowych, tudzież duże i powietrzne jamy czołowe.

Badanie laryngologiczne: wypuklenie ściany górnej jamy nosowo-gardzielowej, zakrywające do 1/3 nozdża tylne.

Badanie okulistyczne: dno oka prawidłowe i nie-

znaczne zwężenie pola widzenia w oku lewem od strony skroniowej..

Badanie ginekologiczne wykazało zanik narządów płciowych.

Z badań dodatkowych: Diureza prawidłowa, cukier w moczu nieobecny, w krwi prawidłowy.

Badanie cytologiczne wykazało znaczną limfocytozę (42,5%), brak eozynofilji. Odczyn Wassermanna ujemny.

Wynik tych badań wskazuje na dobrotliwy guz przedniej części przysadki z kierunkiem wzrostu ku dołowi i do przodu.

W leczeniu zastosowano dotychczas 5 naświetlań promieniami Roentgena, narazie jednak bez wyraźnego wyniku.

Zabiegu operacyjnego nie wykonano z powodu:
1) braku wyraźnych objawów uciskowych,
2) dobrotliwości guza,
3) znaczych odsetek śmiertelnego zejścia.

W dyskusji kol. Dobrzański rozważa, czy przedstawiony przypadek guza przysadki mózgowej nadaje się do zabiegu operacyjnego. Bezwzględne wskazanie w tych przypadkach istnieje wówczas, gdy są objawy postępującego zaniku nerwu wzrokowego. Objaw zaś akromegalji nie stanowi bezwzględnego wskazania do operacji, ponieważ chora ta może żyć przez długie lata, podczas gdy operacja daje jednak jeszcze dość znaczny odsetek śmiertelności.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 27 maja 1925 r.
Przewodniczący kol. K. Opoczyński.
Sekretarz kol. E. Czarnecki.
Obecnych 81 osób, w tej liczbie 46 członków Towarzystwa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 13 b. m.

Po odczytaniu protokołu kol. M. Reicher, wobec rozbieżności zdań, która powstała na poprzedniem posiedzeniu co do wzajemnego stosunku i przebiegu pewnych naczyń żylnych, pokrótce omówił tę sprawę. W związku z tym przemawiał Kol. K. Kosiński i był odczytany list dr. L. Achmatowicza.

2. Kol. Ch. Zarcyn — pokazy:

a) chorego po **operacji zespolenia jelitowego**, wskutek niedrożności jelita cienkiego na tle gruźliczem; b) chorej po operacji **przepukliny uwięźniętej** i powtórnej operacji zespolenia jelitow. W czasie pierwszego zabiegu operacyjnego stwierdzono w worku przepuklinowym wyrostek, który był przepukliną zawinięty; wyrostek wgłobiono do światła jelita. Po pewnym czasie wobec pogorszenia się stanu zdrowia chorej — drugi zabieg (zespolenie jelitowe) wskutek wgłobienia jelit.

Dyskusja: Kol. M. Michejda — twierdzenie mówcy, że u dzieci tylko gruźlica może się stać punktem wyjścia zwężenia jelita, życie nie zawsze potwierdza, na dowód czego przytacza przypadek własny, gdzie zwężenie jelita u 9-letniego dziecka powstało na tle raka. Wykonano *anus praeternaturalis*; po pewnym czasie zgon. Na sekcji — potwierdzenie rozpoznania klinicznego. Do rzędu przyczyn, wywołujących nieraz wgłobienie jelit, należą zmiany miejscowe np. zmiany około wyrostka robaczkowego. Kol. M. Eiger mówi o antyperystaltyce, jako momencie, sprzyjającym w powstawaniu wgłobień i o przyczynach powstawania antyperystaltyki. Kol. K. Opoczyński — być może wskutek pewnych procesów patologicznych ruch robaczkowy jelit na niektórych odcinkach ustaje, podczas gdy sąsiedni odcinek, ruch ten posiadający, wgłabia się.

Kol. M. Obiezierski — wymioty ciężarnych zależą również od antyperystaltyki, co stoi znów w związku z zaburzeniami w wydzielaniu soku trzustkowego i gruczołu tarczowego.

3. **Dyskusja** w sprawie odczytu Kol. Z. Kuncewicza. Kol. Kuncewicz omawia pokrótce ogólne wyniki pracy, wygłoszonej na poprzedniem posiedzeniu, oraz daje wyjaśnienia w sprawie załączonych hemogramów. Kol. T. Wąsowski — na podstawie 120 przypadków w klinice oto-laryngologicznej, gdzie chodziło głównie o wczesne rozpoznawanie powikłań w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego i wskazań do wykonania zabiegu operacyjnego, metoda Schilling'a oddała nieocenione usługi. Podobnie posiada ona wielkie znaczenie w przypadkach surowiczego zapalenia błędnika, gdyż, dając możność wyczekiwania, wyświadcza choremu i lekarzowi przysługę, powstrzymując go nieraz od otwarcia błędnika — bodajże najtrudniejszego i największego ryzykownego zabiegu operacyjnego. Kol. Szuniewicz — metoda Schilling'a nie znalazła dotąd zastosowania w praktyce pedjatrycznej, co wynika głównie z braku ustalonego obrazu krwi u noworodków, jednak w niedalekiej zapewne przyszłości zajmie ona i w tym dziale medycyny należne jej miejsce. Kol. Januszkiewicz — Virchow wskazał na leukocytozę jako na charakterystyczną zmianę we krwi przy chorobach zakaźnych. W 1883 r. Halla robi wyłom, wskazując, jako na wyjątek, na dur brzuszny, przy którym on stwierdził leukopenję. Od tych stosunkowo prostych spostrzeżeń i pojęć przechodzimy do współczesnych, gdy o rozpoznaniu choroby i o jej przebiegu mamy wnioskować nietylko na podstawie leukocytozy, czy leukopenji, lecz przedewszystkiem ze stosunków liczebnych pomiędzy granulocytami, limfocytami i monocytami, a także ze stanu erytrocytów. Odnośne zmiany mają być wyrazem odczynu na infekcję układu szpikowego, limfatycznego i śródbłonkowo-siateczkowego. To, co powiedział w tej sprawie Schilling, z pewnością nie jest ostatniem słowem i dlatego pożądane są prace dalsze, tak ściśle przeprowadzane, jak praca prelegentki, i dla kontroli i dla uzupełnienia danych Schilling'a, a przedewszystkiem dla uproszczenia metody i udostępnienia jej, gdyż w formie obecnej jest ona uciążliwą, nawet w pracy klinicznej, pochłaniając bardzo dużo czasu. (Streszczenie własne).

Kol. H. Rudziński nie zgadza się z prelegentką, że w celu skrócenia czasu na badanie krwi i sporządzenie hemogramu, pobieranie krwi można polecić personalowi niższemu, odpowiednio wykwalifikowanemu. Kol. M. Eiger mówi o charakterystycznych dla niektórych cierpień obrazach krwi (dur brzuszny, włośnica) oraz o charakterze ziarnistości ciałek białych krwi w pewnych chorobach. Powstawanie tego lub innego typu leukocytów stoi zapewne w pewnym stosunku do pH krwi. Mówi o chemotropizmie dodatnim i ujemnym. Zmiana składników chemicznych wpływa na chemotropizm. Badania krwi u dzieci są ogromnie trudne; obraz krwi u noworodków co pewien czas się zmienia; należałoby obraz krwi u dzieci ustalić co pewien czas, przynajmniej w okresie zanikania grasicy. Mówi, że ilość czasu, niezbędna do wykonania badania, nie może stać na przeszkodzie do wprowadzenia metody do użytku klinicznego. Kol. A. Safarewicz — do słabych stron metody Schilling'a należą: 1) czas trwania badania — obliczenie 00 1000 białych ciałek krwi, wymaga 1 do $1\frac{1}{2}$ godz. i 2) pewna trudność w interpretacji formy jąder leukocytów oraz możliwość autosugestji badającego. Kol. W. Jasiński — metoda Sch. musi być zastosowaną również i u dzieci, ponieważ krew dzieci jest w wysokim stopniu wrażliwą na wszelkie zaburzenia, zachodzące w ustroju. Kol. T. Wąsowski — metoda Sch. w porównaniu z metodą Arneth'a jest bezwarunkowo daleko objektywniejsza. Kol. Z. Kuncewicz — utrzymuje, że pracę techniczną, jak pobieranie krwi i t. p., można polecić wykwalifikowanemu personalowi pomocniczemu; najtrudniejszą rzeczą w metodzie Sch. jest wnioskowanie. Kol. Z. Orłowski — W I. Klinice Ch. W. U. S. B. wszyscy chorzy podlegają badaniu krwi metodą Sch. narówni z innemi sposobami badania; przy odpowiedniej technicznej zręczności i wprawie metoda ta zabiera stosunkowo nie wiele czasu, a ilość błędów w ocenie formy jąder zmniejsza się podobnie, jak w innych metodach badania, gdzie subjektywizm może odgrywać pewną rolę (metody kolorymetryczne) w miarę jej opanowania przez badającego.

4. Kol. A. Wirszubski omawia przypadek **niezwykłego rozwoju pamięci**, ilustrując swój odczyt pokazem p. Lipowskiego, którego niejednokrotnie już inne ciała naukowe miały sposobność poprzednio podziwiać. P. Lipowski złożył dowody fenomenalnej pamięci w następujących doświadczeniach:

1) powtórzył 40 wyrazów w porządku kolejnym i odwrotnie oraz na wyrywki, 2) podawał zgodnie z kalendarzem dni w tygodniu dowolnych dat, 3) podawał na pamięć szereg logarytmów sześciomiejscowych, 4) wymieniał na żądanie sześciany liczb od 1 do 100, 5) wyciągał pierwiastki trzeciego stopnia z tych samych liczb, 6) zacytował π w 300 liczbach.

Wszechstronnie analizując pamięć, p. L. Kol. Wirszubski stwierdził, że posiada on w nadmiernym stopniu pamięć wzrokową.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 kwietnia 1925.

1. Kol. Salpeter, jako sekretarz, odczytuje wyjaśnienie Dra Leńki, odnoszące się do chorego, przedstawionego w dniu 19. II. r. b. przez Dra Nadla.

2. Kol. Sawicka przedstawia a) 63-letniego chorego ze zropowaceniami na żołędzi w postaci ogromnych **rogów skórnych żołędzi**, rozwijającemi się od r. 1920 po przedsięwziętej wówczas operacji stulejki. Obraz histologiczny wykazuje jedynie nadmierne rogowacenie; b) 20-letniego chorego ze zmianami na całej skórze, rozwijającemi się od pół roku w postaci rozsianych plam i częściowo guzków, należących do obrazu **Parapsoriasis, względnie Pityriasis licheno des chronica**.

3. Kol. Mierzecki pokazuje a) chorego, liczącego 18 lat, ze zmianami analogicznemi do zmian u poprzedniego chorego i z tem samem rozpoznaniem: **Parapsoriasis-Pityriasis lichenoides chronica**; b) 23-letniego chorego ze zmianami na łonie, we fałdzie międzypośladkowym, w pachach, w kształcie krostek, grudek, strupków, zlewających się ze sobą, częściowo sączących, które rozpoznaje jako **Eczema mycoticum psoriasiforme**; c) 18 lat liczącego — *pro diagnosi* — ze zmianami **plackowatemi czerwonemi**, ostro odgraniczonemi, nieco sączącemi na udzie i w przegubie kolanowym prawym, które poprzednio były pokryte strupami, i ze zmianami guzkowatemi, pokrytemi łuskami, na biodrze prawem.

4. Kol. Bohinówna przedstawia chorą 78 lat liczącą, obserwowaną od r. 1923 z **Dermatitis herpetiformis Duhring**, z nawrotem od miesiąca.

5. Kol. Leszczyński pokazuje chorą — obecnie bez objawów — po **Pemphigus foliaceus**, i omawia niezwykły przebieg tego przypadku; po poprawieniu się objawów skórnych

pod wpływem terapji (chinina, urotropina, Diuretyna i t. p.), stan ogólny jeszcze był bardzo lichy a dopiero po dalszem leczeniu środkami nasercowemi poprawił się do dzisiejszego stanu, tak, że ma się wrażenie, jakoby po przejściu momentu krytycznego w przebiegu *pemphigus* stan ogólny dopiero się zmienił.

6. Kol. Goldschlag przedstawia chorą — kiłową — ze zmianami symetrycznemi na obu kończynach dolnych, na podudziach i dolnej części ud, w kształcie sinawych, na obrzękłej skórze nmieszczonych, widłowatych rozgałęzień, jakoby wzmożone marmurkowanie: **Livido racemosa Ehrmann.**

Posiedzenie naukowe w dniu 30 kwietnia 1925.

1. Kol. Kwiatkowski przedstawia a) chorego z **Pemphigus foliaceus**, u którego stosuje — dotychczas z dobrym skutkiem-dożylne wlewania chlorku wapnia; b) przedstawia chorego już raz pokazanego, z gruźlicą kończyny dolnej lewej, u którego przypuszczano także możliwość *Sporotrichozy*; leczenie jodem nie dało wyników wyraźnych, a obecnie szczepienie świnki morskiej ropą z jednego z świeżych ognisk dało wynik dla gruźlicy pozytywny.

2. Kol. Salpeter przedstawia chorego ze zmianami na grzbiecie ręki prawej, rozwijającemi się od 8 miesięcy; kolisto ułożony wał drobnych guzkowych wykwitów, ze znacznem nacieczeniem i sitowatem wydobywaniem się ropy. Badanie bakterjologiczne na razie nie dało pewnego wyniku. Rozpoznanie różniczkowe między grzybicą głęboką a **Folliculitis exulcerans Łukasiewicz.**

3. Kol. Bohinówna przedstawia a) chorą już raz pokazaną z **Dermatitis herpetiformis Duhring**, podnosząc dobry wynik leczenia Chinina *per os*, urotropina dożylnie, kąpiele krochmalno-dziegciowe; b) przedstawia chorą ze zmianami na kończynie dolnej prawej, u której dawniej stwierdzono **Mal perforant du pied** i wykonano sympatikektomję; obecnie owrzodzenia na pięcie i paluchu, zaburzenia czucia w całem podudziu, zmiany twardnienia na piersi i kości I. śródstopia (Rentgenogram).

4. Kol. Salpeter przedstawia a) u chorej już raz pokazanej z łuszczycą objaw tworzenia się koncentrycznych wykwitów z centralną inwolucją, odśrodkowem posuwaniem się pasa wolnego (immunizowanego) i powstawaniem nowego wykwitu w centrum, przemawiający jakoby za **teorją pasorzytniczą łuszczycy**; b) przedstawia 24-letnią chorą ze zmianami w postaci guzków mniejszych i większych, do wielkości orzecha laskowego, na około łechtaczki, na około ujścia cewki i na około ujścia pochwy, których obraz histologiczny wykazuje ogniska tkanki adenoidalnej, obraz, zgadzający się z obrazem opisanym przez Lipschütza, jako jedną ze zmian **niewenerycznych narządu płciowego żeńskiego.**

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy.

Na terenie Krynicy, która rozwija się w ostatnim czasie — w szybkiem tempie — Stowarzyszenie Lekarzy miejscowych, rozwinęło energiczną działalność.

Praca Stowarzyszenia idzie w 3 kierunkach:

a) interesy zawodowe, *b*) piecza nad Krynicą i *c*) sprawy naukowe.

Nie ma bodaj ani jednego ulepszenia w Krynicy, któregoby nie dokonano z inicjatywy lekarzy lub też któregoby gorąco nie poparli. Na posiedzeniach Stowarzyszenia są poruszane i omawiane zagadnienia naukowe, tyczące się Krynicy, i tak z ostatniego sezonu na szczególną wzmiankę zasługują — wykład prof. Nowaka p. t. **»Geologja Krynicy«** i doc. Tempki p. t. **»Doświadczenia kliniczne nad Zdrojem Zubera«.**

Prof. Nowak dzieli Krynicę, pod względem geologicznym na dwa szlaki: północny i południowy. Granica między niemi, jest ostra. Wspólną jest tylko ta cecha, że źródła zaczynają się w warstwach geologicznie młodszych, t. j. w piaskowcach łupkowych, nigdy w głębszych. Wielka zawartość CO_2 jest ostatnim wyrazem bujnej roślinności, której szczątki widać w każdym kamyku, znajdywanym na terenie Krynicy.

Doc. Tempka podaje **wskazania do stosowania wody ze źródła »Zubera«**, na podstawie bardzo ścisłych badań na klinice prof. Orłowskiego w Krakowie:

a) Nieżyt przewlekły żołądka. Sok żołądkowy pod wpływem »Zubera« zachowuje się niejednolicie, zawsze jednak łagodzi i usuwa przykre objawy, wywołane zaburzeniami w czynności wydzielniczej.

b) Nieżyt jelit przewlekły.

c) Kamica żółciowa. »Zuber« działa wyraźnie żółciopędnie i rozcieńcza żółć.

d) Dna i skaza moczanowa. Według Tempki działa w tych przypadkach woda »Zubera« specyficznie, przez wypłukiwanie istot wyciągowych i kwasu moczowego. Wzmaga moczenie i obniża kwaśność moczu.

Ponadto: Kol. Mayer mówił **»O poglądach ostatniej doby nad działaniem kąpieli kwaso-węglowych«.** Kol. Skórczewski **»O leczeniu chorób serca w Krynicy«** i w. in.

Ostatnio też dzięki żmudnej pracy członka Stowarzyszenia **dr. Zygmunta** Wąsowicza ukazała się pierwsza polska monografja **»O Krynicy«.**

Zespół lekarzy, w uznaniu jego zasług około Krynicy, mianował dr. Wąsowicza swym pierwszym członkiem honorowym.

Sekretarz: *Dr. Morgenstern.*

Sprawy zawodowe.

Dr. Józef Jaxa DĘBICKI. Lwów.

O stanowisko Rentgenologji w medycynie.

W ostatnich 10 latach rozwinął się dział rentgenologji lekarskiej w naukę swego rodzaju, podobnie jak z ogółu wiedzy lekarskiej wyodrębniły się inne działy (Chirurgja, okulistyka, ginekologja i t. p.). Należy już raz zapomnieć o tych czasach, kiedy rentgenologję uważano za dział pomocniczy w medycynie i kiedy urządzano „gabinety rentgenologiczne" w przerobionych „ad hoc" łazienkach, albo pod schodami. Rentgenologja jest dzisiaj nauką bardzo poważną, która wymaga, prócz gruntownej wiedzy ogólno-lekarskiej, szeregu wiadomości specjalnych. Rozwój i pierwszorzędne znaczenie rentgenologji dla nauk lekarskich wysunęły na czoło potrzebę wielu urządzeń rentgenologicznych, tak w zakładach publicznych (szpitale, domy zdrowia, kasy chorych i t. d.), jak również w zakładach prywatnych. Zaistniały jednak stosunki zgoła przerażające. Z zapotrzebowaniem pracowni rentgenologicznych wzrosło także zapotrzebowanie lekarzy, którzyby te pracownie prowadzili, i rozwielmożniło się zapatrywanie, że wystarczy lekarzowi odbyć kilkutygodniowy „kurs", by zostać rentgenologiem. Kursy takie odbywają się zwykle w fabrykach przyrządów rentgenowskich pod kierunkiem inżynierów fabrycznych, celem zaznajomienia dotyczącego adepta z konstrukcją i używaniem aparatu, albo w klinikach pod kierunkiem asystentów rentgenologów. Bodaj że wszystkie te kursy odbywają się zagranicą, bo u nas nie ma niestety dotychczas katedr rentgenologji, prócz katedry w uniwersytecie poznańskim. Kurs taki orjentuje jedynie lekarza dotyczącego w rentgenologji, daleki jest on jednak od tego, by go nauczył rentgenologji. Mimo to lekarz po odbyciu kursu podobnego uważa się za rentgenologa.

W innych działach wiedzy lekarskiej podobny sposób specjalizacji jest nie do pomyślenia, boć nikt po 6-cio tygodniowym kursie chirurgji, czy okulistyki, nie poważy się występować jako specjalista w tych specjalnościach, nikt się o to nawet nie kusi, z tej przyczyny, że świadom swojego niedostatecznego wykształcenia nie chce się narażać na niepowodzenia w wykonywaniu praktyki i obawia się odpowiedzialności za błędy popełnione.

O rentgenologji ma ogół szeroki, a nawet lekarski u nas w Polsce wyobrażenie tylko bardzo słabe, a często zupełnie fałszywe pojęcia. Z tąd też pochodzi, że każdy uważa się za kompetentnego do zabierania głosu w tej sprawie. Ogół nie zna ani dobrodziejstw, ani niebezpieczeństw rentgenologji. I jedne i drugie są bardzo wielkie, niestety jednak niedoceniane, bo nie łatwo uchwytne. Jak z jednej strony rentgenologja, stosowana w sposób odpowiedni, jest błogosławieństwem dla chorych i dla wiedzy lekarskiej, tak z drugiej strony traktowana nieumiejętnie, staje się największem niebezpieczeństwem.

Dotychczas dzieje się zwyczajnie w ten sposób, że klinicysta w sprawach zawiłych, których przy pomocy badań klinicznych nie jest w stanie rozstrzygnąć, albo też celem umocnienia rozpoznania swego, zwraca chorego do rentgenologa. Badanie rentgenologiczne ma przypadek wyjaśnić, lub rozpoznanie ustalić. Jest zatem niejako „ultima ratio", na której klinicysta się opiera, wedle której rozpoznaje i leczy.

Ktokolwiek zajmuje się rentgenologją fachowo, wie, ile wiadomości z jej zakresu posiadać potrzeba, żeby umieć czytać w obrazie i widzieć to, co jest istotne, by obraz słusznie wytłumaczyć. Rozpoznanie rentgenologiczne jest niekiedy niezmiernie trudne, a w każdym przypadku nie łatwe i wymaga wielkiego doświadczenia. Wobec tego, że lekarz niespecjalista rentgenolog zwyczajnie bardzo mało posiada wiadomości i doświadczenia w odczytywaniu obrazów, musi on polegać na zdaniu rentgenologa i rzadko kiedy jest w stanie słusznie je skrytykować. Nie ma zaś niczego łatwiejszego, jak zrobić mylne rozpoznanie z obrazu rentgenowskiego, jeśli nie posiada się gruntownej wiedzy rentgenologicznej. Wiedzy zaś tej nie można nabyć za 6 tygodni, ani nawet za rok. Fałszywe rozpoznanie rentgenologiczne mści się przedewszystkiem na chorym, gdyż leczenie jest fałszywe. Błąd w rozpoznaniu zmienia często wzkazania lecznicze i naraża niejednokrotnie chorego albo na niepotrzebne zabiegi chirurgiczne, albo też powstrzymuje od koniecznych rękoczynów. Podobne błędy zachodzą zwłaszcza w rozpoznawaniu schorzeń żołądka, jelit, wątroby, nerek, kręgosłupa i w umiejscawianiu ciał obcych, a narażają one często życie chorego. Każdy rentgenolog spotykał się w swej praktyce aż nazbyt często z podobnemi błędami, popełnianemi przez niespecjalistów. Te błędy rozpoznawcze, jeżeli nie można ich było stwierdzić na stole operacyjnym, albo sekcyjnym, albo jeżeli nie były tak grube, że się same w oczy rzucały, uchodzą zwyczajnie jako niezauważone i dopiero jakieś powtórne badanie wykonane przez rentgenologa specjalistę je wykazuje.

Jeżeli fałszywe rozpoznanie rentgenologiczne przynosi szkodę choremu i lekarzowi, to nieumiejętne stosowanie prom. Roentgena w celach leczniczych posiada doniosłość jeszcze większą. Promienie Roentgena nie są środkiem obojętnym i na tem właśnie polega ich wartość, jako środka leczniczego. Działanie promieni nie ujawnia się natychmiast, lecz po tygodniach, a nawet po latach, całych. Z tego powodu szkoda, którą choremu wyrządził lekarz, nie mający odpowiedniego wykształcenia rentgenologicznego przez nieumiejętne naświetlenie albo uchodzi uwadze w tem znaczeniu, że niepomyślnych skutków nie przypisuje się winie lekarza, albo zgoła nie wprowadza się w związek uszkodzeń późnych, występujących po latach, z leczeniem rentgenologicznem, przed laty przeprowadzonem. Uszkodzenia rentgenowskie, spowodowane w przeważnej ilości przypadków nieumiejętnem zastosowaniem promieni, dotyczą tak zmian powierzchownych, które jeszcze częściej wpadają w oczy, jak zmian głębokich w narządach wewnętrznych, które nie podpadają bezpośrednio pod obserwację i krytykę tak chorego, jakoteż lekarza nie rentgenologa. Z tego powodu uchodzą one bezkarnie, i to w podwójnem znaczeniu, a mianowicie w znaczeniu odpowiedzialności sądowej, i w tem znaczeniu, że nie psują dobrego imienia lekarzowi, który nieumiejętnością zawinił. Jeżeliby okulista oślepił kilku chorych, albo jeżeliby chirurg przyprawił o kalectwo kilku swoich chorych, z całą pewnością straciłby u klienteli zaufanie i naraziłby się na utratę praktyki, pominąwszy odpowiedzialność sądową. Podobny przypadek nie zachodzi u „pseudorentgenologów" z przyczyn wyżej przytoczonych. Niemniej jednak wyrządzają „pseudorentgenolodzy" dotkliwe szkody chorym i nauce samej, podkopując zaufanie do rentgenologji u chorych i lekarzy.

Działanie promieni Roentgena można do pewnego stopnia porównać z działaniem silnych trucizn, jak morfina, atropina, chloroform i t. p., które, zastosowane w odpowiedni sposób, wywierają dobroczynny wpływ na ustrój, podane zaś nieumiejętnie, mogą go nawet zabić. Badania lat ostatnich, a bodaj że nie ostatnich miesięcy, wykazały ogólne działanie promieni Roentgena, występujące w narządach odległych po miejscowych naświetlaniach, a polegające na zmianach wewnętrzno-wydzielniczych. Działanie to odgrywa niepoślednią rolę w procesie leczenia, ale znajomość jego wymaga doświadczenia wielkiego, ciągłego studjum i stałej orjentacji w przedmiocie i bieżącem olbrzymiem piśmiennictwie rentgenologicznem, na co lekarz, zajmujący się tylko przygodnie rentgenologją, nie ma ani czasu, ani przygotowania odpowiedniego.

Rozwój rentgenologji posunął się w latach ostatnich tak daleko, że powstały już w niej samej działy specjalne, tak, iż nawet dla rentgenologa specjalisty opanowanie całokształtu przedmiotu zaczyna się stawać trudne; cóż dopiero mówić o rentgenologach przygodnych. Z tego też powodu należy z całą surowością wystąpić przeciw rozwielmożniającemu się praktykowaniu lekarzy niespecjalistów w rentgenologji. Nie każdy, kto kupi sobie przyrządy okulistyczne, jest okulistą, nie każdy kto posiada fortepian jest Paderewskim.

Zważywszy doniosłość rentgenologji dla całokształtu wiedzy lekarskiej należy dążyć do stworzenia katedr rentgenologji przy Wydziałach lekarskich, gdyż inaczej młode pokolenia-lekarzy nie staną na wyżynie nauki, a temsamem odbiera się możność cierpiącej ludzkości korzystania rozumnego z dobrodziejstw rentgenologji. Rentgenologja powinna być przedmiotem egzaminu.

Należy ograniczyć prawo praktykowania w rentgenologji lekarskiej tylko do lekarzy rentgenologów specjalistów, którzy muszą się wykazać dokładną znajomością przedmiotu. Nie ma zwyczaju, by lekarz dyplomowany, względnie Dr. wszech nauk lekarskich, który wybiera sobie jakiś specjalny dział i w nim, jako specjalista, zamierza praktykować, składał dowody swoich wiadomości. Nie ma także powodu do tego, bo, jak wspomniałem, żaden lekarz nie odważy się praktykować jako specjalista bez przeświadczenia wewnętrznego, że opanował przedmiot przynajmniej do tego stopnia, by nie przynieść szkody swej klienteli. Inaczej lekarz praktykujący w rentgenologji, nie ma na niego kontroli, ani chory, ani ogół, toteż bez wielkich skrupułów, po odbyciu kilkutygodniowego kursu, albo zgoła przy pomocy „siostry", która pracowała w innych zakładach rentgenologicznych, zaczyna praktykować „w Rentgenie". Z tego powodu należy przy Wydziałach lekarskich stworzyć specjalne komisje jeżeli nie posiadają katedr rentgenologji, przed któremi musiałby kandydat na rentgenologa wykazać dostateczną znajomość przedmiotu. Dopiero na podstawie takiego egzaminu mogłyby Izby lekarskie pozwolić na wykonywanie praktyki w zakresie rentgenologji.

Lwów we wrześniu 1925.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu z dnia 22. czerwca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz i członkowie Bełkowski, Guranowski.

Od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z prośbą do Zarządów Izb Lekarskich, ażeby te przesyłały na conto Sądu N. I. L. za pośrednictwem P. K. O. N. 11040 wpisowe i wkłady na koszta przejazdu proponowanych świadków przy składaniu podań odwoławczych zgodnie z uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 25. I. 1925 r. Prezydjum Sądu N. I. L. prosi o przesyłanie wymienionych wkładów zaraz po ich otrzymaniu.

Postanowiono odpis tego pisma przesłać wszystkim izbom z prośbą o wykonanie.

Zgodnie z postanowieniem posiedzenia poprzedniego Dr. Guranowski złożył sprawozdanie i przedstawił uwagi w sprawie projektu Statutu Kasy pomocy koleżeńskiej na wypadek śmierci lub całkowitej i stałej niezdolności do pracy przy Izbie Lubelskiej.

Na wniosek Dr. Guranowskiego wymieniony statut postanowiono zatwierdzić i zawiadomić o tem Izbę Lubelską i Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Decyzję co do zatwierdzenia Statutu Kasy emerytalnej przy Izbie Lwowskiej postanowiono odłożyć do posiedzenia następnego.

W sprawie emerytur dla lekarzy, zmarłych w walce z epidemjami, która to sprawa przekazana została przez Izbę Naczelną Zarządowi, postanowiono zasięgnąć w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dokładnych informacyj i od istotnego stanu rzeczy uzależnić dalszą działalność.

Od Izby Lwowskiej otrzymano uwagi w sprawie projektu Ustawy Dentystycznej. Odpis tego pisma postanowiono dołączyć do opinji w tej sprawie Izby Naczelnej i wraz z opinją Izby Naczelnej przesłać Sejmowej Komisji Zdrowia.

W końcu posiedzenia rozpatrywano sprawę organizacji biura pośrednictwa pracy i ułożenia mapy graficznej rozmieszczenia lekarzy. Sprawy te przekazano komisji ad hoc powołanej pod przewodnictwem Dra Guranowskiego.

Posiedzenie Zarządu z dnia 6. lipca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, członkowie Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu posiedzenia poprzedniego przewodniczący oznajmił, że od Prezydjum Sądu N. I. L. otrzymano pismo z propozycją zwołania posiedzenia Przewodniczących i Pisarzów Sądów wszystkich Izb lekarskich podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników w lipcu r. b. w celu uzgodnienia regulaminów Sądów Izb Lekarskich z ogłoszonym regulaminem Sądu N. I. L. oraz w celu omówienia miejsc niejasnych w Ustawie o Izbach lekarskich.

Wobec bliskiego terminu Zjazdu lekarzy i przyrodników przewodniczący wraz z sekretarzem wystosowali niezwłocznie do wszystkich Izb pisma z prośbą o wydelegowanie członków Prezydjum Sądu wszystkich Izb na Zjazd w celu zorganizowania proponowanego posiedzenia. Zarząd N. I. L. przyjął oświadczenie Przewodniczącego do wiadomości i poczynania Prezydjum Zarządu w tej sprawie potwierdził. Dr. Śmiechowski zgodził się powiadomić Sąd N. I. L. o tem w celu ustalenia przez Sąd N. I. L. terminu zebrania.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie obrony adwokackiej w sądach Izb Lekarskich. Generalna Dyrekcja przesyła odpis pisma Ministerstwa Sprawiedliwości i prosi o odpowiedź, jakie stanowisko zajmuje Naczelna Izba Lekarska. Generalna Dyrekcja zaznacza, że podziela stanowisko Ministerstwa Sprawiedliwości, które jest zdania, że Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich nie ogranicza oskarżonego, z pośród jakich osób ma on prawo wybrać sobie obrońcę.

Sprawa ta wynikła z powodu zażalenia Lwowskiej Izby Adwokackiej na interpelację § 38 Ustawy przez Sąd Izby Lwowskiej, że oskarżony może wybierać obrońcę tylko z pośród członków Izby Lekarskiej.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej szczegółowo rozważał tę sprawę przy układaniu regulaminu Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej i odnośnie do artykułu 38 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich powziął uchwałę identyczną z uchwałą Sądu Izby Lekarskiej lwowskiej co do prawa użycia obrońców w sądach Izb Lekarskich tylko z pośród członków Izb Lekarskich.

Sądy Izb Lekarskich rozstrzygają tylko sprawy zawodowe lekarskie. W sprawach etyki lekarskiej, w sprawach strzeżenia praw godności i sumienności stanu lekarskiego osobą najbardziej kompetentną zawsze będzie lekarz. Nawet w sądach państwowych w sprawach tego rodzaju powoływani są lekarze jako eksperci i głos ich w tych razach jest najczęściej dla sądów miarodajny. Jeżeli w toku dochodzenia okaże się, że zachodzi czyn, podlegający z urzędu ściganiu karno-sądowemu, Sąd Izby Lekarskiej uczyni doniesienie do właściwych władz sądowych (art. 39), a postępowanie swoje wstrzymuje. Wtedy dopiero obowiązują ustawy sądowe ogólno państwowe z ogólno państwowym aparatem sądowym, jak prokuratorja i obrona zawodowa. Z tego wynika, że prawodawca ściśle odróżnia w Ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich sprawy czysto zawodowe od spraw ogólno państwowych.

Ten pogląd zaważył przy układaniu regulaminu Sądu Izby Naczelnej odnośnie interpretowanego art. 38 Ustawy i regulamin ten na wniosek Izby Naczelnej Minister Spraw Wewnętrznych ustalił w oddzielnem rozporządzeniu.

O przedstawionym tu poglądzie postanowiono powiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia.

Związek Lekarzy rządowych w Państwie Polskiem.

Zjazd we Lwowie 13. i 14. września 1925.

Związek Lekarzy rządowych, na zasadzie obowiązującego statutu, zorganizował dotychczas 4 Zjazdy państwowe: pierwszy w Poznaniu w r. 1921., drugi w Warszawie 1923., trzeci w Krakowie 1924., czwarty wreszcie w r. b. we Lwowie, owem ognisku, z którego przed przeszło laty 30 wyszedł Związek państwowy austrjacki, a w r. 1921. Związek państwowy polski.

W Zjeździe wzięło udział 59 uczestników: ze Lwowa i Województwa Lwowskiego 27, z Warszawy i Woj. Warszawskiego 6, z Krakowa i Woj. Krakowskiego 6, z Poznania i Woj. Poznańskiego 2, ze Stanisławowa i Woj. Stanisławowskiego 6, z Woj. Tarnopolskiego 5, z Łucka i Woj. Wołyńskiego 4, z Łodzi 1, z Nowogródka 1, z Katowic 1. Zaszczycił Zjazd swoją obecnością i żywo interesował się pracami Zjazdu P. Generalny Dyrektor służby zdrowia, Dr. Wroczyński. Przewodniczył obradom Dr. Wierzbowski z Warszawy.

Otwarcie Zjazdu nastąpiło w sali Rady Miejskiej m. Lwowa, udzielonej z całą gotowością przez P. Prezydenta miasta Neumanna. Goście, przybyli ze wszystkich stron Rzeczypospolitej, z nabożeństwem oglądali „Polonję“, piękne dzieło Jana Styki, zdobiące salę, a niektórzy z uczestników wyczuwali w tym obrazie „memento“ pod adresem budowniczych i kierowników obecnej Polski.

Po przemówieniach powitalnych docent Uniw. Lwowskiego, Dr. Sabatowski, wygłosił bardzo interesujący wykład o gruźlicy. Mowca opisał różne postacie gruźlicy, dał pogląd na leczenie dawniejsze i obecne, następnie przedstawił walkę z gruźlicą za granicą i u nas i omówił rolę lekarza powiatowego w tej akcji, wreszcie wskazał na korzystne wyniki walki zapomocą propagandy popularnej i tępienia analfabetyzmu. Jedynie z braku czasu, wobec bardzo obfitego porządku dziennego, nie przeprowadzono dyskusji po tym wykładzie, w którym poruszono wiele myśli nowych i godnych rozwinięcia.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z obrad Zjazdu Krakowskiego Przewodniczący zdał sprawę z działalności Wydziału Związku w roku minionym. Nad tem sprawozdaniem rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusja, tycząca się spraw zawodowych.

Popołudniu tego samego dnia uczestnicy Zjazdu zwiedzili Targi Wschodnie.

W drugim dniu Zjazdu posiedzenie rozpoczęło się wykładem majora Dr. Dybowskiego o higienie sportu. Referent w wyczerpującem przemówieniu przedstawił rozwój sportu za granicą i u nas, wykazał smutny stan zdrowia fizycznego naszej młodzieży i wskazał na konieczność uprawiania sportu masowo, co może i powinno podnieść sprawność fizyczną naszego społeczeństwa.

Następnie Gen. Dyrektor sł. zdr. Dr. W r o c z y ń s k i przedstawił zebranym swoje wrażenia z Jugosławji, omówił podział administracyjny kraju, tamtejsze stosunki sanitarne, i poświęcił dłuższą wzmiankę pracy Dr. Stampara (tzw. Stamparowej organizacji), idącej głównie w kierunku zwalczania zimnicy, chorób wenerycznych i gruźlicy, przy pomocy zakładów badawczych, szpitali poliklinik szkolnych i poradni; pracę Dr. Stampara i jego (120) współpracowników cechuje nadzwyczajny zapał i wielka ofiarność, a wyniki są bardzo wydatne.

Z wielkiej obfitości spraw zawodowych, omówionych w debatach bardzo ożywionych, podniosę tylko niektóre.

Obowiązująca ustawa uposażeniowa nie zadawala lekarzy rządowych, gdyż są oni gorzej traktowani, aniżeli funkcjonarjusze państwowi kategoryj innych, jak np. nauczyciele, jakkolwiek ich praca jest równie pożyteczna dla społeczeństwa, a wiele więcej utrudzająca i niebezpieczna. Za sprawiedliwe należy uważać żądanie, aby lekarze powiatowi mogli dochodzić do VI. a nawet V. stopnia służbowego, a inspektorowie sanitarni posiadali z reguły V. stopień. Twierdzenie, jakoby lekarze rządowi powinni zadowalniać się niższemi poborami służbowemi, aniżeli urzędnicy innych kategoryj, z tego powodu, że mają dochody z praktyki lekarskiej, jest zupełnie nieuzasadnione i niesprawiedliwe, ponieważ wielu lekarzy rządowych niema wcale dochodów z praktyki, a ci, którzy je mają, uzyskują to pracą poza godzinami urzędowemi, kosztem wypoczynku i snu; sprawiedliwość wymaga, aby honorowanie funkcjonarjusza odpowiadało pracy, którą on daje, a z tego, że ktoś ma dochody z innych źródeł (dajmy na to z posiadanej kamienicy lub ziemi albo z pośrednictwa w sprzedaży domów) nie wolno dedukować wniosku, że jego pracę można niżej cenić.

Również nie zadawala lekarzy rządowych ustawa emerytalna, gdyż wstępują oni do służby zawsze później, aniżeli urzędnicy innych kategoryj, a z powodu wyczerpującej pracy służbowej i narażenia na choroby zakaźne bardzo rzadko mogą wytrwać na stanowisku przez 35 lat. Wobec tego wskazane jest skrócenie lekarzom rządowym liczby lat służby, potrzebnej do uzyskania emerytury pełnej, w zamian za co lekarze rządowi mogliby wpłacać wyższe stawki emerytalne.

Obie powyższe sprawy przekazano Wydziałowi do opracowania. Omówiono również sprawę ubocznych zajęć lekarzy rządowych, sprawę urzędowych świadectw lekarskich, pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych, kasy pogrzebowej Związku lekarzy rządowych.

Wychodząc z założenia, że działalność Związku i poszczególnych jego oddziałów chromać będzie, jeżeli się nie stworzy łącznika w postaci organu Związku, i z uwagi na to, że wydawanie osobnego czasopisma byłoby za kosztowne, uchwalono przeprowadzić pertraktacje z redakcją „Lekarza Polskiego“ celem uznania tego czasopisma za organ Związku.

W myśl postanowień statutu dokonano wyborów nowego Wydziału Związku i Komisji rewizyjnej. Przewodniczącym wybrano ponownie Dr. Wład. Wierzbowskiego z Warszawy, zastępcą przewodniczącego Dr. Ant. Wierusza z Poznania.

Wreszcie uchwalono powierzyć Wydziałowi wybór miejsca Zjazdu następnego, wyrażając zarazem życzenie, aby w miarę możności miejscem tem było Wilno.

W drugim dniu popołudniu liczne grono uczestników Zjazdu zwiedziło wzorowe pawilony zakaźne szpitala powszechnego we Lwowie, miejski Zakład sierot przy ul. Kadeckiej i dwa większe zakłady przemysłowe. Niektórzy widzieli po raz pierwszy miasto Lwów i jego muzea zawierające skarby z dziejów i sztuki narodowej. Wszyscy wyjechali z kresowego grodu pokrzepieni na duchu, bogatsi odczuciem lwowskiej tężyzny i lwowskiego sentymentu.

A. K.

V. Targi Wschodnie we Lwowie*).

Komisja Przemysłowo-Lekarska Towarzystwa Lekarzy Lwowskich na posiedzeniu w dniu 8 czerwca 1925 uchwaliła wejść w porozumienie z Dyrekcją Targów Wschodnich w sprawie urządzenia działu chemikaljów, przetworów farmaceutycznych, opatrunków i narzędzi lekarskich. Dyrekcja T. W. skwapliwie przyjęła zgłoszenie Komisji i prosiła o współpracę, szczególnie przy urządzeniu specjalnego działu narzędzi i aparatów lekarskich. Tę współpracę dała Komisja w ramach żądań, postawionych przez Dyrekcję T. W.

Po zwiedzeniu T. W. uważam za wskazane zdać krótko sprawę ze swoich spostrzeżeń. Pierwotnym zamiarem moim było dać, o ile możności, wyczerpujący wykaz wystawionych przedmiotów i firm, u których można je nabywać, a mianowicie osobno przedmiotów i firm krajowych, osobno zagranicznych. W ten sposób zamierzałem dać czytelnikom obraz naszej rodzimej wytwórczości i wykazać luki, które trzeba będzie wypełnić. Okazało się jednak, że przy takiem postępowaniu przyszłoby nieraz pominąć poważne firmy, dlatego, że na Targach nie były reprezentowane. Ograniczyć się więc muszę do wiadomości urywkowych.

P r z e m y s ł c h e m i c z n y był dość słabo zastąpiony. Na wzmiankę zasługuje Sp. akc. »Azot« w Jaworznie, która między innemi wystawiła model urządzenia do odkażania płynnym sinowodorem dla celów szpitalnych i plan takiego urządzenia dla celów kolejowych. Od 1 października 1925 informacje w tym przedmiocie będzie można uzyskać pod adresem: P. Hülle u Prof. Politechniki dr. Fiedlera, Lwów, ul. Ujejskiego 4. — Państwowa Fabryka związków azotowych w Chorzowie wytwarza, obok innych produktów, także tlen w ilości 1200 m^3 dziennie. — Fabryka »Tlen« we Lwowie dała imponujący przegląd mydeł i kosmetyków; z przedmiotów interesujących bliżej lekarza widziałem tam sole do kąpieli. Małą wystawę urządziła firma Braci Ladenberger we Lwowie z własnemi produktami (np. azotan srebra, urotropina). — Reprezentant fabryki przetworów farmaceutyczno-chemicznych »Record« w Brzezince k. Oświęcimia rozdaje obszerny cennik wyrobów fabryki, jakoto: preparatów galenowych, tabletek, wyjałowionych wstrzykiwań, preparatów w tubach, kosmetyków.

P r z e m y s ł f a r m a c e u t y c z n y w zupełności niedopisał; brak firm Spiessa, Klawego, Gessnera i in., które przyzwyczaiłismy się widzieć na Targach.

W y t w ó r n i a s z c z e p i o n e k »Serovac« we Lwowie stawiła się, jak co roku.

Warszawski zastępca Towarzystwa dla eksploatacji s o l i k ą p i e l o w y c h »Jodorad« w Stanisławowie (ul. Batorego 5.) zachwala entuzjastycznie działanie jodoradu. Opodal w o d a m i n e r a l n a wysowska, zdrój »Słony« o wielkiej zawartości chlorku i węglanu sodu oraz pewnej ilości wolnego CO_2; zastępca Tow. akc., którego akcjonarjuszami są w znacznej części lekarze, ofiarowuje z całą gotowością wodę do wypróbowania.

Szkło aptekarskie wystawiła huta szklana »Gocławek« i huta szklana »Tłuszcz«, obie mające ekspozyturę we Lwowie, ul. Grodecka 37. Szkło aptekarskie i lekarskie produkują „Polskie huty szkła“ w Krośnie; firma ta wystawiła bardzo ładne wyroby i ma ambicję wyrugowania z Polski szkła czeskiego.

Fabryka wyrobów gumowych w Wolbromiu w Województwie Kieleckiem ma wyroby przeważnie dla celów technicznych, między innemi także asanacyjnych; drenów chirurgicznych nie wyrabia. Również fabryka »Pepege« (Polski Przemysł Gumowy) w Grudziądzu nie produkuje przedmiotów lekarskich, wyrabia tylko kalosze, śniegowce i obuwie sportowe.

Fabryki o p a t r u n k ó w w r. b. zupełnie zignorowały Targi Wschodnie. Ten produkt stanowi dość smutną kartę w na-

*) Artykuł napisany 9. września 1925.

szym przemyśle. Czyżby, zamiast wprowadzić konieczne ulepszenia, fabryki te miały zaniechać produkcji?

Wystawy narzędzi i aparatów lekarskich na oko pięknie się przedstawiają, ale na zapytanie dowiesz się, że w tym dziale prawie wszystko jest obce: stal niemiecka i angielska, robota niemiecka, francuska, szwajcarska, szwedzka. Poza meblami żelaznemi emaljowanemi firmy Jarnuszkiewicza w Warszawie i żelaznemi meblami lakierowanemi firmy Trepczyńskiego we Lwowie, jakoteż skąpą ilością kleszczy, peanów i curet, wszystko, co widziałem w tym dziale na Targach, to robota obca. Na zapytanie otrzymuje się odpowiedź: »robić umiemy, ale się nie opłaci, bo produkt obcy jest tańszy u nas, aniżeli produkt nasz własny«. Sądzę, że słowa te — to wyraz naszego kwietyzmu tak po stronie wytwórców, jak po stronie nabywców. Rewelacją wprost były dla mnie słowa, które usłyszałem od właściela jednej z poważnych firm optycznych we Lwowie: »Istnieje podobno polska firma optyczna w Cieszynie, ale nie można się o niej niczego dowiedzieć«. Jeżeli to prawda, to istotnie ręce trzeba załamać nad niezaradnością tego wytwórcy, który tak mało dba o zbyt swoich produktów w Polsce.

Weselej nastraja zwiedzającego Targi dział hodowli roślin leczniczych. Towarzystwo »Salvia« ze swoich 400 morgowych terenów plantacyjnych w Kontach koło Brodów wystawiło znaczną liczbę pięknych roślin lekarskich, nadto zioła suszone, dobrej jakości, dostarczone przez zbieraczy (głównie wieśniaków).

Niemniej dobre wrażenie odnosi się z działu artykułów spożywczych: zbóż, jarzyn, konserw mięsnych, jarzynowych, owocowych i mleka, makaronów; czekolady nagromadzono bez miary. Interesujące są urządzenia mleczarskie i chłodnicze.

Wracając do założenia trzeba się zastanowić, co może zdziałać Komisja Przemysłowo-Lekarska, aby przemysł rodzimy w dziedzinach z zawodem lekarskim związanych ożywić względnie w działach dotychczas zaniedbanych stworzyć. Przedewszystkiem należy zrobić rachunek plusów i minusów, poczem będzie można pomyśleć o usunięciu braków.

W pracy tej konieczny będzie stały kontakt z instytucją Targów Wschodnich, której zamierzenia idą po tejsamej linji, jak zamierzenia Komisji, a która ma już utarte drogi do przedsiębiorców. Będzie to z pewnością możliwe, gdyż, jak już wspomniano, Dyrekcja T. W. z wielką gotowością przyjęła współpracę Komisji. Tę współpracę wyobrażam sobie jako wspólne omówienie i ułożenie planu działania i konsekwentne wykonanie planu. Oczywiście opracowanie planu nie może być odkładane na przeddzień otwarcia Targów, ale musi być dokonane w czasie wolnym od trosk terminowych.

Równolegle musi iść działalność Komisji Przemysłowo-lekarskiej wśród Kolegów Lekarzy, propagująca przemysł rodzimy. Jeżeli uda się zjednać ogół Lekarzy polskich dla postanowienia, że należy popierać przemysł rodzimy, nawet, gdyby to miało być połączone z ofiarami ze strony lekarzy, i jeżeli przy udziale Lekarzy polskich uda się przekonać naszych przemysłowców, jak mało zaszczytną jest dla nich rola pośredników, gdy powinni być wytwórcami, i skłonić ich do zajęcia stanowiska właściwego, to możemy być spokojni o losy naszego przemysłu higjeniczno-lekarskiego.

A. Kuhn, przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego lwowskiego.

Redaktorem „Polskiej Gazety Lekarskiej" w Krakowie, w miejsce prof. dr. Lenartowicza, został wybrany przez Towarzystwo lekarskie doc. dr. Józef Kostrzewski, do którego też należy zwracać się we wszelkich sprawach, dotyczących redakcji krakowskiej, pod adresem: Kraków, Kopernika 17 (Szpital św. Łazarza, Oddział chorób zakaźnych).

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. F. Walter, docent U. J., prymarjusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie, został mianowany profesorem chorób skórnych i wenerycznych, jakoteż dyrektorem kliniki dermatologicznej U. J.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 23. b. m. o godzinie 6 wieczorem (Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych. 2) Wykład kol. W. Nowickiego: »**Układ siateczkowo-śródbłonkowy**«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Łódź.

Wyciąg z protokołu posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego z dnia 2. września 1925 roku Prezes mówi o **projekcie Województwa, zalecającym Magistratowi m. Łodzi skasowanie**, między innemi, Wydziału Zdrowotności Publicznej, przyłączenie Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej i usamodzielnienie Wydziału Sanitarnego. Ponieważ projekty Województwa wywołały zdziwienie w pismach, P. A. T. ogłosiła komunikat, mający umotywować zalecenie Województwa. Zdaniem mówcy, rzekome motywy są zgoła nieprzekonywujące. Odciążyć Wydział Zdrowotności Publicznej przez odjęcie mu Szpitalnictwa zachodziłoby tylko wówczas, gdyby po odłączeniu Szpitalnictwa skład Wydziału pozostał bez zmiany, przeniesienie urzędników Szpitalnictwa w równym stopniu odciąży jeden Wydział, jak obciąży drugi. Motyw odjęcia Wydziałowi Zdrowotności Publicznej zajmowania się sprawami czysto gospodarczemi pochodzi jedynie z zupełnej nieświadomości autorów projektu o tem, co się dzieje w Szpitalnictwie: całe gospodarstwo jest w rękach Wydziału Gospodarczego, Handlowego i Budowlanego. Motyw trzeci: umożliwienie Wydziałowi skoncentrowania całej uwagi na sprawy Sanitarne jest bez treści. Ani przykładu jakiegokolwiek, dowodzącego, że współistnienie ze Szpitalnictwem przeszkodzi Wydziałowi Sanitarnemu w toku pracy; ani dowodu, że z tym samym ilościowo personelem i budżetem Wydział Sanitarny potrafiłby więcej zrobić, niż dziś. Na zasadzie tego rodzaju ogólników niepodobna burzyć nawet rzeczy drobnych, mniejszej wagi, niż organizacja Wydziału Zdrowotności. Zresztą, niewątpliwy postęp, jakim od roku może się pochwalić Wydział Zdrowotności, jest dowodem, że w obecnych warunkach nie jedno zostało wykonane. Nie ruszając osób i czasu, mówca przypomina historję rozwoju Szpitalnictwa w całym świecie cywilizowanym, a więc i w Polsce. Cała historja Szpitalnictwa dowodzi, że ongi jedna i ta sama organizacja (klasztor, stowarzyszenie, bractwo, cechy) opiekowały się: wdowami, sierotami, włóczęgami, kalekami, chorymi, ubogimi, starcami, bezrobotnymi. Wraz z rozwojem nauki Instytucje lecznicze wyemancypowały się jako organizacje samodzielne. Odpowiednie prawodawstwo Polskie wykazuje tę linję rozwoju, którą w zaborze rosyjskim załamała przemoc rosyjska, tworząc t. zw. Rady Dobroczynności Publicznej w celach czysto policyjnych, politycznych. W tych instytucjach, w skład których wchodzili przedstawiciele administracji, policji, prokuratury, żandarmerji, Izby Skarbowej i t. p. nie miano zgoła na celu ani lecznictwa, ani dobroczynności. Dlatego wzorowanie się na organizacjach, łączących Dobroczynność Publiczną ze Szpitalnictwem, byłoby krzyczącym anachronizmem. Mówca dodaje jeszcze 2 uwagi: 1) w szpitalach leczy się obecnie inteligencja, która niejednokrotnie sama za siebie płaci, leczą się robotnicy; z jakiej racji skazywać ich na pozory korzystania z Dobroczynności Publicznej. Wydziałem Dobroczynności Publicznej jest bowiem tak zwany Wydział Opieki; 2) należy się poważnie obawiać, że samoistny Wydział Sanitarny będzie miał tak mały zakres działania, że łatwo będzie można znaleźć po jakimś czasie argumenty, któremi będzie się z kolei zwalczało potrzebę samodzielnego Wydziału, poświęconego Sanitarji.

* * *

Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 2. września 1925 r., rozpatrzywszy projekt wydzielenia Szpitalnictwa z Wydziału Zdrowotności Publicznej, powzięło jednomyślnie następującą uchwałę:

Ponieważ: 1) żaden argument rzeczowy nie przemawia za pożytkiem przeniesienia Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej,

ponieważ: 2) rozwój historyczny Szpitalnictwa w Polsce, jak i na całym świecie cywilizowanym, idzie po drodze zniesienia w Szpitalnictwie i w Instytucjach pokrewnych cech dobroczynności publicznej,

ponieważ: 3) jedynie gwałt rządu rosyjskiego przerwał rozwój Szpitalnictwa Polskiego, tworząc w celach wyłącznie policyjnych — Rady Dobroczynności Publicznej, którym podporządkował szpitale,

ponieważ: 4) Podwydział Szpitalnictwa, jak i Podwydział Sanitarny Wydziału Zdrowotności opierają się na tych samych podstawach naukowych, należą do jednej dziedziny wiedzy, zmierzają do tego samego celu — walki z chorobą, więc rozdział tych dwóch Działów jest sztuczny i dla obu szkodliwy,

ponieważ: 5) istnieje szereg Instytucyj, które z konieczności stoją na pograniczu zainteresowania obu Podwydziałów (Domy Izolacyjne, Przychodnie dla gruźlicy, Przychodnie dla jaglicy, ambulatorja), czyli, muszą pozostać pod opieką Wydziału Zdrowotności,

ponieważ: 6) obecny stan materjalny ludności, Samorządu i Państwa, nie pozwala na jakieś (obok zaczętych kanalizacyj i wodociągów) znakomitsze inwestycje sanitarne, a brak egzekutywy w ręku Podwydziału Sanitarnego ogranicza wykonawstwo nawet istniejących urządzeń — Towarzystwo Lekarskie Łódzkie uważa projekt zniesienia Wydziału Zdrowotności Publicznej w Łodzi za szkodliwy, zarówno dla Szpitalnictwa, jak dla Sanatorji Miejskiej.

Z kraju.

W Lubieniu pod Lwowem bawiło w r. 1925 około 2000 kuracjuszów. Kąpieli siarczanych i borowinowych wydano około 50.000. Wielkiem powodzeniem cieszyło się emanatorjum radowe oraz inhalacje parami siarczanemi. Wyniki leczenia, według zdania naszych lekarzy zdrojowych, były bardzo dobre.